



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

EL MÉDICO DE CABECERA AL INICIO DEL SIGLO XXI:
ENTRE LA CURACIÓN Y LA SANACIÓN.

TESIS DOCTORAL

M^a BEGOÑA VICUÑA CASTREJÓN

Madrid, 2006

Deseo expresar mi agradecimiento a los profesores de distintas disciplinas, que han contribuido significativamente a mi formación e interés sobre el tema abordado a lo largo de mi vida: Laín Entralgo (Catedrático de Historia de la Medicina, estudioso, tenaz y ejemplo del trabajo bien hecho), Sisinio de Castro (Catedrático de Patología General y médico de familia de corazón), Eduardo Menéndez (Antropólogo, con su visión holística de la relación clínica), Alfonso Ortí (Sociólogo y entusiasta de la investigación cualitativa). También a los compañeros que dignifican la profesión con la excelencia en su trabajo y sirven de ejemplo.

A Mauro González (Psicólogo) por su ayuda inicial para la ejecución del trabajo y a Fernando Conde (Sociólogo), sin cuyo impulso no hubiese llevado a cabo la tesis.

A Pilar Carrasco por la confianza demostrada.

A mi familia, por su cariño y por creer en mí. De forma muy especial a José María, por su ayuda y su paciencia.

A los médicos que ayudan a sanar.

ÍNDICE

ÍNDICE

Paginas

1. <u>INTRODUCCIÓN</u>	1
1.1 CONFIGURACIÓN HISTORICA DE LA RELACION CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA	2
1.1.1. Pueblos Primitivos: Mito, símbolo, Ritual cognitivo-mágico-religioso.....	2
1.1.2. Mundo Clásico:	8
Salud como equilibrio natural	9
Fundamentación científica de enfermedad.....	9
Hermandad entre Medicina y Filosofía	10
Filantropía en la relación médico-enfermo	12
Paternalismo en la relación médico-paciente	12
Código Ético: Juramento Hipocrático	13
1.1.3. Edad Media:	15
De la filantropía a la caridad	16
Profesionalización de la Medicina: Facultades de Medicina en la Baja Edad Media.....	17
Discriminación en la asistencia técnica.....	17
Moral de beneficencia	18
1.1.4. Edad Moderna:	18
Concepción científico-natural enfermedad.....	19
Vida social impregnada de espíritu científico	19
Secularización de la vida social.....	20
Modelo biomédico.....	21
De la dominación moral a la legal Código Deontológico	22
1.1.5. Salud, Enfermedad y Relación Clínica en los dos últimos siglos:	23
1.1.5.1. Siglo XIX:	
Industrialización: Salud bien de producción	23
Nuevas enfermedades.....	23
Medicina objetiva	23
Freud: Introducción de la persona en la patología.....	24
Era del médico general	24
1.1.5.2. Siglo XX:	
Estado de bienestar: Salud como derecho y como consumo.....	25
Colectivización de la ayuda al enfermo	26
Era de la especialización en Medicina.....	26

1.2	NACIMIENTO DE LA MEDICINA DE FAMILIA	27
1.2.1.	Conferencia de Alma-Ata (1978)	28
1.2.2.	De la Seguridad Social al Sistema Nacional de Salud. Marco Legal.	28
1.3.	COMPLEJIDAD Y CONTROVERSIAS DE LA RELACIÓN CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA	31
1.3.1.	Cambio del concepto salud/enfermedad.....	31
1.3.2.	Cambio del paradigma biomédico al bio-psico-social	32
1.3.3.	Democratización de la relación médico-enfermo.....	34
1.3.4.	Conflictos éticos	37
1.4.	ENFOQUE METODOLÓGICO:	40
1.4.1.	Metodología cualitativa.: Cualitativo vs cuantitativo.....	40
1.4.2.	Aproximación a la investigación cualitativa de salud	42
2.	<u>HIPÓTESIS</u>	45
3.	<u>OBJETIVOS</u>	47
4.	<u>METODOLOGÍA</u>	49
4.1	Grupo de discusión	50
4.2	Diseño y desarrollo de la investigación.....	57
5.	<u>RESULTADOS</u>	62
5.1	REPRESENTACIÓN DEL PROCESO SALUD/PADECIMIENTO/ENFERMEDAD	64
5.1.1.	Salud concepto ambiguo y valor central	65
5.1.1.1.	Indefinición del concepto de salud	65
5.1.1.2.	Salud valor central para hombre/mujer urbano	66
5.1.1.3.	Salud valor individual	67
5.1.2.	Salud/padecimiento señas de identidad en Atención Primaria.....	68
5.1.3	Enfermedad como interpretación racional de padecimiento	71
5.1.3.1.	Represión de los componentes no racionales del padecimiento/enfermedad	74
5.1.3.2.	Vigencia del dualismo mente/cuerpo	76
5.1.3.3.	Falta significado al sufrimiento	78

5.1.4. Representación social del proceso salud/padecimiento/enfermedad	80
5.1.4.1. Representación social por genero	80
5.1.4.1.1. Concepción integral en la mujer.....	80
5.1.4.1.2. Concepción biomédica en el hombre. Fragilización de rol.....	82
5.1.4.2. Representación social por socioestrato.....	86
5.1.4.2.1. Socioestrato medio-alto: Auto cuidado y prevención.....	86
5.1.4.2.2. Socioestrato medio-bajo: Supervivencia y mayor necesidad sentida de ayuda externa.....	88
5.1.4.3. Representación social por edad	89
5.1.4.3.1. Identificación de juventud y salud. Intolerancia al sufrimiento.....	89
5.1.4.3.2. Edad media: Entre la juventud perdida y y los logros alcanzados.....	90
5.1.4.3.3. Perdida de autonomía y soledad sinónimos de enfermedad para el anciano urbano	91
 5.2.RELACIÓN PACIENTE-MÉDICO DE CABECERA EN ATENCIÓN PRIMARIA	 95
5.2.1. Necesidad sentida por el paciente urbano del MC ¿Qué busca en el MC?.....	95
5.2.1.1. Vertiente antropológica Entender y aliviar el padecimiento	95
5.2.1.1.1.El médico de cabecera entre la sanación y la curación	100
5.2.1.1.2.Sanador del presente para el socioestrato medio-bajo.....	105
5.2.1.1.3.Sanador del futuro para el socioestrato medio-alto.....	107
5.2.1.2. Vertiente sociológica: Ritual médico: Legitimación del rol de enfermo. En busca del control perdido.....	109
5.2.1.2.1 Componentes del ritual en la relación clínica .	109
5.2.1.2.2. Fármaco vs palabra en el ritual.....	120
5.2.1.3. Vertiente personal. Personalización del padecimiento/ enfermedad: En busca del sentido perdido.....	124
5.2.1.3.1. Desarrollo individual como fin.....	124
5.2.1.3.2. Relación interpersonal: Carácter moral de la relación	125
5.2.1.3.3. En busca del sentido perdido.....	132
5.2.1.3.4. Autonomía/dependencia	133

6.2.1.3. Vertiente personal.....	217
6.2.1.3.1. Personalización del Padecimiento/ enfermedad: En busca del sentido perdido.....	217
6.2.1.3.2. Relación interpersonal: Carácter moral de la relación.....	218
6.2.1.3.3. Autonomía o dependencia de médico de cabecera	223
6.2.2. ¿Qué ofrece el Médico de Cabecera?	229
6.2.2.1. Vertiente antropológica	229
6.2.2.1.1. Ayuda indefinida	229
6.2.2.1.2. Imago materna en la relación de ayuda	229
6.2.2.1.3. Ayuda continuada en la vulnerabilidad	235
6.2.2.2. Vertiente sociológica	237
6.2.2.2.1. Incuestionable autoridad legal	237
6.2.2.2.2. En busca de la autoridad personal	238
6.2.2.3. Vertiente personal.....	242
6.2.2.3.1. Confianza eje central de la relación clínica....	242
6.2.2.3.2. Vocación.....	244
6.2.2.3.3. Afecto, amistad si es posible	245
6.2.3.¿Qué representa el Médico de Cabecera?.....	247
6.2.3.1. Mezcla de ciencia y arte	247
7. <u>CONCLUSIONES</u>	254
8. <u>BIBLIOGRAFÍA</u>	261

1. INTRODUCCIÓN

Desde la más remota antigüedad, la enfermedad ha sido una experiencia universal que ha amenazado la integridad del ser humano y le ha enfrentado al sufrimiento y a la muerte. La enfermedad, sin embargo, va mas allá de la experiencia personal. Es un fenómeno socio-cultural, y, como tal, cada conjunto social en cualquier lugar del planeta ha intentado buscar una explicación coherente de la enfermedad y el dominio de la misma.

La investigación transcultural muestra que las percepciones de buena y mala salud, junto con los problemas de salud, están culturalmente contruidos. Grupos étnicos en culturas diferentes reconocen distintas dolencias, síntomas, causas de enfermedad, y desarrollan distintas estrategias de tratamiento (Kottak, 1997; Ember, 1997).

Para aproximarse al engranaje que mueve el proceso salud/enfermedad y, secundariamente a la relación clínica, en nuestra sociedad occidental, urbana, a principios del siglo XXI, parece necesario realizar una revisión histórica que permita reflexionar sobre aspectos culturales que nuestros predecesores han ido modelando y que, de alguna manera, forman parte de nuestras creencias sobre la salud y la enfermedad. Estos han ido forjando la actual relación entre el paciente y el médico.

1.1 CONFIGURACIÓN HISTÓRICA DE LA RELACIÓN CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

1.1.1. Pueblos primitivos: Mito, símbolo y ritual cognitivo-mágico-religioso.

Conviene iniciar el viaje, remontándonos a nuestros más lejanos antecesores, porque, en definitiva, fueron los primeros en dar sentido al proceso salud/enfermedad y proporcionaron un modo de abordaje. Son parte de nuestro bagaje como seres humanos, y, de una u otra forma, constituyen parte de nosotros mismos.

Cuando el Homo Sapiens llega a una concepción desconocida para otros primates, la conciencia de individuo como tal y el reconocimiento de la mortalidad, siente la necesidad de trascendencia. Desde entonces, la enfermedad, como amenaza en el presente del hombre, requiere una explicación. El hombre primitivo reserva una interpretación natural de la enfermedad cuando esta tiene una explicación evidente, como puede ser un traumatismo. Cuando la enfermedad no puede ser explicada por razones comprensibles se recurre a considerarla como una impureza o castigo de los dioses por la trasgresión de una ley moral. Se trata de un mal existencial que necesita de una esperanza trascendente a la muerte que rebase los límites de la existencia proyectiva (Laín, 1990).

La enfermedad llega así a enlazar con un fenómeno universal, que representa rasgos permanentes de nuestra imaginación racial y del espíritu humano: el MITO (Jensen, 1966). A lo largo de la prehistoria y de la historia, la inevitabilidad de la muerte individual y la persistencia del orden social, así como el espectáculo del universo y el enigma de esta relación con la propia existencia ha llevado al hombre a la búsqueda de sentido y trascendencia. Es el gran impulso de la mitología (Campbell, 1997).

En último término el problema del MITO es el de la filosofía universal. El mito es una realidad omnipresente en la existencia del individuo y de la sociedad que participa intensamente de la ambigüedad del ser humano (Duch, 1998). Según Platón, el mito consiste en el hecho de elevar, mediante la alusión y la intuición el espíritu humano a aquellas esferas que no pueden ser alcanzadas por la razón.

El mito se refiere siempre a una creación, cuenta como algo ha llegado a la existencia o como un comportamiento, una institución o una manera de trabajar se han fundado. Esta es la razón de que los mitos constituyan los paradigmas de todo acto humano (Eliade, 2003).

Los mitos, en relación con el origen primordial del ser humano, se pueden considerar como la expresión narrativa del símbolo, y, son textos revelados que, a modo de leyendas cuentan y a la vez ocultan la REALIDAD. Guénon recuerda que la palabra mito proviene de la raíz griega "mu" que representa la boca cerrada y por lo tanto el silencio, lo secreto; y a su vez esta en relación con el verbo "mueo" que significa iniciar en los misterios y también "consagrar". Esta idea de silencio relativa a algo que no se puede expresar con palabras es el fundamento de todo simbolismo sagrado, que sugiere por correspondencias analógicas (Vela del Campo, 2001).

El mito es un relato con estructura estable y lógica interna que cumple cuatro funciones antropológicas básicas (Mèlich, 1996):

1. Función cosmológica: pone en contacto al ser humano con un sentido global de la naturaleza y la creación.
2. Función histórica: vincula a cada individuo con la tradición ancestral de sus antepasados dando sentido y valor a la historia de su cultura.
3. Función sociológica: mantiene el orden social.
4. Función psicológica: Da sentido a la vida individual.

El SÍMBOLO como lenguaje sagrado, es la significación de la existencia humana, forma parte del mundo humano del sentido. Apela a una facultad cognoscitiva superior a la razón, "la intuición intelectual", un conocimiento superracional. Es la facultad espiritual por excelencia, por encima de lo individual y de lo psíquico. El símbolo es un medio para el conocimiento de las verdades metafísicas, velando y revelando al mismo tiempo la realidad.

El símbolo es la mediación perpetua entre la esperanza de los hombres y su condición temporal. El mundo simbólico es una realidad antropológica mucho mas vital, más importante

para el destino y la felicidad del hombre que la verdad objetiva. Una ciencia sin afirmación mítica de una esperanza señalaría la decadencia de nuestra civilización (Beorlegui, 1995).

Las formas simbólicas, lenguaje, arte, mito y religión, permiten construir una realidad oculta a otros modos de conocimiento y dan significado a las acciones sociales. Constituyen parte del universo simbólico de la complicada experiencia humana (Cassirer, 1997).

En cada uno de los sistemas mitológicos, en todas las culturas de cualquier rincón de la tierra, se han combinado simbólicamente los fundamentos mencionados de la mitología y han constituido la fuerza nuclear estructurada de los ritos. El RITO es una necesidad vital porque organiza la vida en común, domina la vida cotidiana y marca el tiempo y delimita el espacio de la existencia personal y colectiva (Frank, 2000).

Por todo lo dicho, cuando las sociedades primitivas se enfrentan a la enfermedad, utilizan un sistema ritual cognitivo mágico- religioso que proporciona una explicación integral como seres humanos a las razones de enfermar, reducen la ansiedad y la angustia y suponen una forma de integración en el grupo. Así cumple una función social más compleja que la mera recuperación de la salud. La confianza en el dominio de la magia y la religión permite volver a la funcionalidad dentro del grupo en gran parte de las ocasiones (De Miguel, 1980).

Para llevar a cabo el acto ritual en estas sociedades se recurre a la figura de un sanador o chamán.

La palabra chamán, procede del lenguaje de los evenkins, un pequeño grupo de cazadores y pastores de renos de habla tungusa de Siberia. Significa literalmente “hombre-dios-sabio”. Se ha utilizado inadecuadamente “casi” como sinónimo de curandero, brujo, mago, médico-brujo, de forma peyorativa, sobre todo para separar los especialistas de la medicina popular de las corrientes institucionalizadas. Pero chamán tiene identidad propia (Vitebsky, 1996).

En los pueblos primitivos el chamán es requerido como modificador de lo ordinario y médico natural, como curador y “hacedor de milagros”, conocedor del mas allá tras la muerte y durante ella, como sacerdote, místico y poeta (Stein, 1984).

La actividad del chamán se realiza a través de rituales mágico-religiosos donde se hacen referencias continuas a planos de significación simbólica. El carácter polisémico de los símbolos, establece relaciones de analogía en muchos planos de significación. A través del universo simbólico, se da un sentido a la vida que no es puramente personal, sino el sentido del grupo social de referencia. Este sentido colectivo es lo que hace soportable la levedad del ser (Mélích, 1996).

Por el rito la comunidad recobra la armonía perdida. Su fuerza simbólica esta más cerca de las preguntas metafísicas de la naturaleza humana.

El mundo del chamanismo es capaz de armonizar aspectos tan dispares como fenómenos de la naturaleza, fantasías, materia, espíritu, lo objetivo, lo subjetivo... mediante una comunicación dramatizada, apoyada en gestos. La enfermedad en el chamanismo tiene un valor simbólico y tiende a ser vista en el marco espiritual.

Para el historiador J G Frazer (1965) la clave del poder curativo del chamán esta en su capacidad para liberar la actividad psíquica de la persona enferma, activando con sus rituales y su influencia las posibilidades curativas del subconsciente individual y colectivo. La función social del chamán incluiría también funciones como predecir el futuro de su pueblo, orientar, prevenir desgracias...

Esta concepción mágico-religiosa, en su estado más puro, ha llegado a nuestros días en comunidades primitivas que habitan en lugares recónditos del planeta, como pueden ser los masai en África o los yanomanis de la selva amazónica.

Pero, además, forma parte, con muchas modificaciones, de la realidad de nuestras sociedades desarrolladas. El curandero de la medicina popular en las sociedades más desarrolladas, altamente tecnificadas y esencialmente secularizadas no se puede incluir dentro del chamanismo. El curandero comparte, sin embargo, con los chamanes el conocimiento de la medicina natural y la transmisión de la gracia divina, su poder sobrenatural.

El curandero cuyas creencias y prácticas sobre la enfermedad derivan de la cultura popular, posee gracia, el poder de curar enfermedades sobrenaturales por intercesión de conjuros, santos y acciones simbólicas. La legitimación del curandero viene dada por circunstancias de nacimiento y una ética profesional. Su misión puede estar acreditada por el aprendizaje al lado de un maestro y por el estudio, pero su reputación no es académica, sino basada en el testimonio de los enfermos tratados. Sus poderes se demuestran mediante el uso ritual de objetos o sustancias especiales, estado de trance y ceremonias (De Miguel, 1980).

Las dimensiones simbólicas y psicosomáticas frente a las puramente biológicas, el énfasis en lo colectivo frente a lo individual, en su desmarque de la eficacia pragmática, en su contextualización social, cultural y comunicativa, no individual, son características de la medicina popular frente a la medicina científica (Menéndez, 1981).

Para Malinowski (1982), representante de la interpretación funcionalista del mito, cuando las sociedades se enfrentan a las fuerzas de la naturaleza aparece ansiedad e incertidumbre que se compensan con los rituales mágico-religiosos. El rito, que siempre es una práctica sagrada, opera donde las prácticas técnicas flaquean.

Lo adverso, lo impredecible, desencadena la fuerza psicológica de la magia. El ritual, llevado a cabo por algún miembro de la comunidad con mayor conocimiento y poderes sobrenaturales, transforma las flaquezas psicológicas en fuerzas emotivas. El ritual condensa creencias y sentimientos, escenifica deseos con lo que las tensiones encuentran una vía de

escape y el espíritu recobra la armonía. Los participantes en el ritual aceptan un orden social y moral común, un orden que trasciende su estatus como individuo. El rito deja en los participantes una convicción profunda de su realidad y refuerza la solidaridad de la comunidad.

Para Durkheim (1978), todo acto por medio del cual un individuo ejerce su autoridad para controlar o alterar la conducta del otro constituye una invocación de fuerza metafísica, por lo que no debe sorprender que los individuos se dejen influir más por prácticas rituales, que por los dictados de la autoridad secular.

Laín Entralgo (1990), en su Historia de la Medicina, señala en diferentes capítulos, después de analizar el pensamiento y avances médicos en distintos periodos de la historia, que no desaparecen las prácticas de medicina popular en toda la historia de la humanidad.

También Lester King, al hablar de la explicación de la enfermedad dice, que el conflicto entre su explicación natural y sobrenatural ha persistido a lo largo de toda la historia.

Por lo tanto, al hablar de la concepción sobrenatural de la enfermedad y del ritual de curación no estamos hablando solo de prácticas ancestrales o propias de los pueblos primitivos, sino de una realidad vigente, a veces excluida por la ciencia, pero presente en el hombre actual. Como dice M Eliade (2000) en Historia de las religiones, la hegemonía de la razón científico-técnica no parece haber eliminado la necesidad de lo imaginario, lo oculto, lo maravilloso.

1.1.2. Mundo Clásico:

Centrados en la cultura occidental y con el paso de los siglos, en la Grecia arcaica persiste la interpretación natural y sobrenatural de la enfermedad. La enfermedad es una mancha de carácter simultánea e indiferenciadamente física, religiosa y moral.

Poco a poco se va extendiendo el pensamiento racional de los presocráticos, según el cual hay que entender a la naturaleza para entender al ser humano, al que definen como criatura racional formada por dos principios, mente y cuerpo.

Entre los siglos VI-V a.C. la agudeza en la observación del mundo circundante como cosmos ordenado y la idea naturista de la concepción de la humanidad, lleva a los pensadores griegos a buscar las causas de la enfermedad y el remedio idóneo para cada caso. El conocimiento racional del cosmos es el fundamento para el conocimiento de la realidad humana y el gobierno técnico de su naturaleza. Esto supone, para Laín, el paso de la concepción empírico-mágica a una fundamentación que podríamos llamar científica (Laín, 1987).

La phýsis griega, que los latinos entendieron como naturaleza, pensaban que estaba sometida a leyes inmutables y comprensibles racionalmente, y que puede ser manipulada por el hombre mediante la tékhne o arte. Los fenómenos naturales son manifestaciones asombrosas de lo divino y el principio de la sabiduría es el asombro (Laín, 1987).

La mentalidad clásica concibe la salud como normalidad, equilibrio, armonía. Alcmeon de Crotona que puede ser considerado como el iniciador de la medicina fisiológica, establece una noción científico-natural de la salud del hombre con su “isonomía de las potencias”. Para este autor, sano es el hombre que tiene armoniosamente equilibradas las diversas “enantiosis” o propiedades que forman lo caliente y lo frío, lo húmedo y lo seco, lo amargo y lo dulce y las demás “potencias” de la naturaleza animal (Laín, 1987).

Esta idea de armonía pasa al Corpus Hippocraticum (s. V a.C.- s I d.C.) donde el equilibrio se refiere más que a las potencias, a los “humores” que las soportan. La Eukrasía o “buena mezcla de los humores” de los escritos hipocráticos han permanecido veinte siglos, hasta el S. XVIII, en la concepción de la medicina occidental. Para los hipocráticos la salud es

un estado de vida deseable y valioso y un peculiar orden de la naturaleza que es posible explicar de forma racional. La justicia cósmica, la pureza, la belleza y la recta proporción son para los hipocráticos notas constitutivas de la salud (Laín, 1987).

En el Corpus Hippocraticum se establece una constante relación entre psique y soma, y refleja como la vida del hombre en su mundo es una adecuación de su phýsis a las cambiantes convenciones sociales.

Medicina y filosofía van estrechamente unidas en la Grecia clásica de manera que los grandes filósofos aportan sus reflexiones en muchos de sus escritos. Así, Platón (428-347 a.C.) aporta su personal visión de la salud y da un paso adelante al considerar que la salud del hombre no es posible sin el buen orden del alma (sophrosyne); virtud, salud y sophrosyne constituyen un complejo unitario.

En definitiva, para la mentalidad naturalista griega, salud y perfección son conceptos muy próximos.

En cuanto a la enfermedad se refiere, los pensadores presocráticos y los asclepiades hipocráticos ven la enfermedad como un desorden religioso cósmico; de algún modo es una impureza. Intelectualmente apoyada por la fisiología presocrática, la medicina hipocrática naturaliza el sentido de la enfermedad que establece como impureza de la Phýsis, ruptura del equilibrio de la naturaleza (Laín, 1990).

Si la salud es equilibrio para la mentalidad helénica, la enfermedad se debe a un desequilibrio en la phýsis de quien la padece y ocurre por “necesidad” (ananké) o por “azar” (tykhé). Las primeras seguirían el curso de la naturaleza, mientras que las segundas serían susceptibles de ayuda a través de la tékhne iatriké o arte médico. Desde Hipócrates predomina la idea de que todo proceso morboso es diferente de los demás y que todas las afirmaciones

que desconocen las circunstancias de persona, tiempo y lugar son peligrosas (Schipperges, 1976).

Las escuelas hipocráticas se fueron diversificando y escindiendo en multitud de escuelas médicas hasta que Galeno sintetizó y superó a las escuelas preexistentes. Galeno (131-203 d.C.) representante de la medicina antigua recogió críticamente gran parte de la medicina griega, utilizando, además, las lecciones filosóficas de Platón, Aristóteles (384-322 a.C.) y los estoicos. Galeno aplica la concepción aristotélica del arte médico como “logos” o razón de la salud. En cuanto a la relación de la enfermedad con el pecado, invierte la ya existente hasta ese momento. Para él, el pecado o desorden moral es una alteración de la phýsis, de la misma naturaleza que la enfermedad (Gracia, 1994).

Así, la fisiología de los griegos, que comienza su carrera racionalizando científicamente la impureza físico-moral en que la enfermedad parece consistir, asimila pecado y alteración de la phýsis, apropiándose así de la ética.

Centrándonos en lo que históricamente supone el nacimiento de la medicina técnica en Grecia (s. VI-V a.C.), cuando se realiza el paso del empirismo y la magia a la tékhne iatriké, orientada a un saber por causas, se va ordenando la labor asistencial del médico en virtud de razones sociales y económicas fundamentalmente.

En la Grecia ateniense del S.IV a.C. la asistencia médica estaba ordenada en tres niveles cualitativamente distintos (Laín, 1997):

- Medicina para esclavos, atendidos por sanadores empíricos, de forma rutinaria y sin darles la consideración de hombres. En general eran esclavos que habían aprendido su arte de sus “señores”.

- Medicina para ciudadanos libres y pobres que eran atendidos por médicos más o menos científicos, que proporcionaban cuidados “resolutivos”.

- Medicina para ciudadanos libres y ricos, practicada por los mejores médicos, que trataban a sus pacientes con la mejor medicina conocida entonces.

La vinculación que establecen médico y enfermo fue bautizada por los griegos, con lo que genéricamente se llamó PHYLIA o amistad. El enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad, diría Platón en el Lisis (217 a.C.) (Laín, 1983).

También lo pone de relieve una sentencia hipocrática que dice: “donde hay amor al arte (de curar) hay también amor al hombre”.

La peculiar amistad entre médico y enfermo es el fundamento de la relación, aunque muchas veces se ve corrompida por los vicios que la afectan. Es una relación que posee un carácter técnico manifestado por el interés del médico en conocer qué y por qué hace lo que hace. Esto le concede el rango de tekhnitês.

Para Aristóteles la enfermedad hace del enfermo un sujeto incapaz de prudencia, perturbándole el juicio moral. En Grecia es frecuente pensar que solo el hombre sano y bello, kalós, puede ser bueno, agathós. El médico, en la relación clínica es virtuoso y tiene el deber de “hacer el bien” al enfermo, mientras el paciente, débil física y moralmente, debe aceptarlo. Por eso la relación paternalista, es la mejor posible en el pensamiento helénico y ha persistido como la relación clínica deseable hasta nuestros días (Gracia, 1992).

El pensamiento mítico de los griegos atribuyó el origen de la medicina a la benéfica enseñanza de Asclepio, hijo de Apolo, recibida del Centauro Quirón. Aún cuando esta doctrina se desmitificó en Grecia, se piensa que el médico ayuda como tekhnitês a la divina naturaleza y conoce en cuanto filósofo, con su propio logos, el secreto logos de la divina naturaleza.

El médico para los hipocráticos es servidor de la naturaleza a través de su arte. Entendiendo rectamente lo que es la naturaleza divina y ayudándola, por medio de su arte, en

su acción sanadora, el médico adquiere su condición de isotheos o “ semejante a los dioses”. Actúa como mediador entre los dioses y los hombres. El médico ideal en el mundo clásico es una personalidad integral, impuesta por los dominios del cuerpo, del temperamento, del espíritu y de las relaciones sociales (Schipperges, 1976).

El médico hipocrático advierte la necesidad de concordia entre el saber médico y la intelección que el enfermo hace de sí mismo cuando su mente es conducida por las palabras de aquel. La identificación de la enfermedad reposa sobre las quejas del enfermo y sobre lo que constata sobre sí mismo (Sournia, 1995) y en la finura de la observación del médico (Laín, 1998). Esto perfecciona el diagnóstico y es garantía de su acierto.

Pero como explica Platón en “ Las Leyes” el proceder del médico de esclavos y el médico de hombres libres es muy diferente. El primero va corriendo de un enfermo a otro y da sus prescripciones de forma rutinaria, sin razonarlas. El segundo, por el contrario, comunica sus impresiones al enfermo y a los amigos de este, y mientras, se informa acerca del paciente y, en cuanto puede, le instruye.

Aunque en el marco de la Grecia Clásica nos encontramos con una práctica médica muy heterogénea, aparecen pronto leyes que tratan de proteger al enfermo de abusos y malos tratos por parte del médico. Así aparece dentro del Corpus Hippocraticum un primer intento de lo que posteriormente se llamará ética, el Juramento Hipocrático. No se puede decir que represente la actitud general del médico ante el enfermo en el mundo helénico. La consideración de la enfermedad como estigma, hace al griego poco compasivo con los débiles o incapacitados. Solo cuando existía la posibilidad de curación, se podía esperar el cuidado médico y la consideración social.

El Juramento comienza solemnemente con una invocación politeísta:

“ Juro por Apolo médico y por Asclepio y por Higia y por Panacea y todos los dioses, poniéndolos por testigo, que cumpliré, según mi capacidad y mi criterio, este juramento y declaración escrita...”

El Juramento contiene normas éticas más estrictas que las exigidas legalmente a los médicos griegos y las contenidas en los escritos de Platón y Aristóteles. Tampoco la práctica griega era fiel a muchas de las exigencias contenidas en el Juramento, como, por ejemplo, el aborto o la eutanasia (Gafo, 1986).

Según el Juramento, el médico debe poner toda su ciencia al servicio del enfermo evitando todo mal e injusticia y buscando el bien del paciente. Se rechaza la administración de venenos y la utilización de sustancias abortivas. Se excluye todo tipo de seducción sexual y se enfatiza sobre la obligación del secreto profesional.

Además, el médico se compromete a vivir y ejercer su profesión con “inocencia y pureza”.

El Juramento ha supuesto el código ético de regulación del ejercicio de la medicina, de validez universal, que ha significado para muchas generaciones el ethos que debe presidir el ejercicio de su profesión.

La medicina griega fue introducida en Roma a través de médicos esclavos, pero poco a poco va desplazando la primitiva medicina romana, resultando la hegemónica en el mundo clásico y sentando las bases de nuestra concepción sobre salud, enfermedad y medicina en nuestra cultura occidental.

A partir del S I a.C., una vez convertida Roma en la capital del mundo entonces conocido, se establece una nueva organización sanitaria. La medicina pasa a ser algo más que un oficio y se crean las figuras de arquiátratas palatinos, dedicados exclusivamente a la atención

de la Corte y los arquiátrás populares al servicio del pueblo y pagados por el Estado. Estos últimos deben atender misiones específicas que se les confiaban y a los pobres de forma gratuita.

Los fundamentos de la relación clínica son los marcados por el mundo helénico, persistiendo la idea de que la actividad de la medicina es cuidar al enfermo según lo que por naturaleza sea y utilizando recursos naturales que desajusten lo que esta desajustado.

1.1.3. Edad Media (año 476 – 1453)

Es un periodo histórico marcado por el pensamiento religioso en nuestro entorno europeo. La tradición cristiana asimila la enfermedad y el dolor al pecado original, pero la enfermedad deja de ser castigo para convertirse en la posibilidad de participar en los sufrimientos de Cristo en la Cruz. La enfermedad adquiere con ello un carácter de prueba moral. Se considera que la enfermedad purifica el alma y aumenta la humildad, por lo que el cristianismo anima al doliente a aceptar el sufrimiento (Antropos, 2003).

Como expone Le Breton (1999) en su Antropología del dolor, Jesucristo en la Cruz es esencia del misterio del sufrimiento, la redención del infinito pecado de los seres humanos por el dolor infinito del hijo de Dios. El cristiano con la enfermedad tiene la posibilidad de acercar el alma a Dios por la vía de la purificación. El sufrimiento tiene un significado más allá de la inteligencia humana, pero nunca es inútil.

La enfermedad es un accidente del individuo que la padece. Es una alteración más o menos duradera de la realidad del sujeto, sin que se trate de una propiedad de la naturaleza; la enfermabilidad si lo es (Arnaldo de Villanova).

También en el medievo pero en el ámbito del mundo musulmán, el islamismo une la concepción de enfermedad asimilada de la cultura griega con la de Dios creador, mezclando

elementos anátomo-fisiológicos con otros teológicos- metafísicos. El musulmán acepta que el hombre a través de la enfermedad y el sufrimiento se acerca a su creador. Dios, poder absoluto, pide que el fiel se entregue con paciencia a sus manos y demuestre su temple.

Para el musulmán la enfermedad tampoco es sanción por una falta, aunque pueda serlo. Del creyente se pide paciencia y temple para medir su fe, sin que signifique ahorrar esfuerzos para buscar alivio. Si Dios crea la enfermedad, también da los medios para combatirla a través de la medicina y la plegaria. El culto al dolor es desconocido en el Islam.

Para el musulmán importa la vida futura por llegar, a la cual nos conduce el adecuado gobierno de la vida presente. La enfermedad no tiene ningún valor redentor pero permite ser testigo de la confianza en Dios. Todo acontecimiento tiene un valor de examen moral del creyente.

La religión obliga a cristianos y musulmanes a cambiar la filantropía griega por caridad. Esto introduce un cambio en la concepción de la atención al enfermo y crea obligaciones religiosas en el médico, lo que supuso un gran desarrollo de la ética médica en detrimento de la ciencia, especialmente en el mundo cristiano (Santo Tomás, 2002).

En resumen, durante la Edad Media, por influencia de las religiones monoteístas, se incorporan a los elementos anátomo-fisiológicos de la cultura griega, otros teológico-metafísicos en la interpretación de la enfermedad.

Durante la EDAD MEDIA se produce en Europa un cambio político y económico, con una estructura señorial, feudal. La preponderancia de la religión en la vida social va a suponer un cambio importante de la asistencia al enfermo. La filantropía del mundo clásico se convierte en “caridad operativa” por la que la atención al enfermo por amor, añade, al cuidado médico, la ayuda moral. Se incorpora el consuelo para problemas incurables o para la

atención del moribundo. Se crean hospitales con asistencia gratuita, consecuencia directa de la nueva actitud ética ante la persona enferma (Hernández Conesa, 1994).

Entre los siglos VI y VIII la asistencia médica queda esencialmente en manos de los sacerdotes, sobre todo a través de los monasterios donde pueden dar acogida a los enfermos. El monje aplica empirismo terapéutico utilizando hierbas medicinales, reglas dietéticas, junto con caridad y ritos religiosos de carácter milagroso. La atención simultánea al cuerpo y al espíritu se unen estrechamente.

Cuando en el S. XI la Escuela de Salerno ha florecido, con su carácter secular, se comienza a renovar la enseñanza de la medicina y se difunde el saber greco-romano por el ámbito europeo (Universidad Jaén, 2003).

Ya en el siglo XII se van fundando las Facultades de Medicina de Montpellier, Paris, Oxford, Salamanca... Lentamente va desapareciendo la figura del sacerdote-médico y se va profesionalizando la práctica médica.

Hay que decir, sin embargo, que durante la Baja Edad Media la medicina es ejercida por un variopinto grupo de personas: barberos, curanderos, empíricos, clérigos sin titulación, a los que García Ballester (2001) denomina sanadores. Va a ser a partir del siglo XIII cuando la práctica se va ordenando y profesionalizando.

Al irse extinguiendo la práctica monástica y clerical de la medicina, pasado el siglo XI, la discriminación social en la asistencia técnica al enfermo adopta la forma que se va a mantener durante los siete siglos siguientes. Aparecen tres niveles de asistencia (Laín, 1997):

- El de los poderosos, con un médico dedicado a la atención del paciente y empleando todo los recursos que estima necesario.

- El de los miembros de la naciente burguesía, que suelen recibir asistencia domiciliaria por profesionales más o menos distinguidos, según las posibilidades económicas. Podría considerarse el punto de partida del médico de cabecera.

- El de los pobres, que reciben ayuda social en el hospital, donde comparten sus penas con otros enfermos.

En la Alta Edad Media la relación clínica se intenta someter a leyes escritas estableciendo contratos entre médico y enfermo. El paciente paga los servicios del médico pero necesita exigirles garantías y penalizar sus errores, ya que el médico con afán de lucro y prestigio no siempre opera según las exigencias morales vigentes.

La Antigüedad Clásica y la Edad Media tienen en común una relación médico-paciente vertical y asimétrica, que considera al enfermo como vulnerable, no solo desde el punto de vista físico, sino también como un incompetente moral para tomar decisiones. Por ello, la única virtud moral exigible al paciente es la obediencia.

El médico por su parte debe tener autoridad y acatar los dos principios morales clásicos, la no-maleficencia y la beneficencia. Este ha sido el modelo de relación, conocido como paternalista, que ha persistido con ciertos matices hasta el siglo XX. Como advirtió el propio Aristóteles, es una relación que si se pervierte y el que manda busca el beneficio propio en lugar del de la otra persona, se convierte en TIRANÍA.

1.1.4. Edad Moderna (1453-1789)

Durante los siglos XV y XVI se produce un periodo de transición del pensamiento medieval al conocido como Renacimiento. Intentando sintetizar de la Historia de la Medicina de Laín Entralgo (1990), se van a entresacar aquellos aspectos de esta etapa que han supuesto los pilares de la concepción de la salud y la enfermedad y de la relación clínica.

En el Renacimiento se van consolidando las nacionalidades y se produce una afirmación de la dignidad humana con exaltación del individualismo. La burguesía se enriquece y puede gozar de la cultura y de la vida. Se da más importancia a la vida presente que a la vida eterna, como había ocurrido en el periodo anterior.

Los hombres del Renacimiento se enamoran de las obras de la antigüedad y su pensamiento se centra en el hombre y en los valores humanos. El humanismo renacentista, que admira al mundo clásico, recupera el hipocratismo y el galenismo en su mayor pureza. Pero los nuevos descubrimientos, como los anatómicos de Vesalio o los de patología de Paracelso van creando un sistema nuevo (Perdiguero, 2003).

Se vuelve a la concepción científico-natural de la enfermedad predominante en la época clásica. Para el mundo moderno la enfermedad es natural y se puede estudiar y conocer racionalmente. Se cree en la capacidad del hombre para luchar contra ella.

El cristiano que continua fiel a sus creencias, intenta conciliar lo clásico y lo cristiano. Se considera a Dios como potencia absoluta, como ser con ilimitada capacidad de creación. La semejanza del hombre con Dios, para el hombre moderno, reside en su libre voluntad que junto con la intimidad constituyen los atributos centrales del hombre. El hombre, como el mismo Dios, es creador.

Paulatinamente se tiende a la secularización de la idea de progreso, si bien los principios morales, religiosos y metafísicos se podrían generalizar hasta el siglo XVII-XVIII. El hombre se va sintiendo capaz de dominar técnicamente el mundo y la propia existencia. El espíritu científico va impregnado la vida social. Se busca el conocimiento científico de la naturaleza humana a través de las aportaciones de la física, química y biología (Laín, 1963).

Se producen muchos hallazgos acerca del conocimiento científico de la enfermedad gracias a las tres mentalidades que predominan en este periodo: anátomo-clínica, fisiopatológica y etiopatológica.

En la ciencia moderna la vanguardia pasa de las Universidades, al sabio solitario y a las Academias, donde se reúnen sabios para compartir los descubrimientos. Da como resultado la aparición de grandes hombres: Copérnico, Paracelso, Harvey, Descartes....

La actividad laboral y la nueva estructura socio- económica que lleva a la acumulación de población en los centros urbanos, hacen que aparezcan enfermedades nuevas como la fiebre tifoidea, la sífilis, la histeria o el raquitismo (Fundación Canaria Investigación y Salud, 2003).

Los valores renacentistas con la secularización íntima y social de la existencia humana al frente, continúan durante los siglos XVII y XVIII. Va progresando la idea del poder del hombre para dominar la naturaleza y la estimación de la vida terrena es cada vez mayor. El filósofo Toland pone como bienes supremos la verdad, la libertad y la salud. Por eso, la lucha contra la enfermedad y su prevención empiezan a ser ingredientes de la vida social.

La enfermedad se considera un fenómeno tan natural como la salud. Se abandona la idea clásica de naturaleza como orden, salud y belleza, y se inicia el estudio de las enfermedades con los medios naturalistas. Siguiendo la metodología de zoólogos y botánicos, se ordenan las especies morbosas y surge la “historia natural de la enfermedad”.

Por otro lado, la idea de progreso y los avances técnicos que se van produciendo, llevan al médico a buscar aspectos externos y objetivos de la enfermedad. La concepción científico-natural de la medicina aumenta el interés por la enfermedad, más que por el enfermo. Se pasa a un discurso médico-técnico basado en la lectura de los datos objetivos más que en la interpretación de los síntomas narrados por el paciente (López Piñero, 1992). El

arte médico no se conforma ya con imitar la naturaleza, pretende ampliar continuamente el dominio de la misma. Todo ello conduce a un modelo biomédico de la relación paciente-médico.

La ciencia otorga poder. “Saber es poder” proclama Sir Francis Bacon al principio del siglo XVII. Los monarcas hacen suya la frase y durante los siglos XVII y XVIII llaman a los sabios a la corte. Se incrementa el poder del Estado con las Monarquías absolutas.

La ciencia convierte lo concreto de los objetos observados en una ley general con ayuda de las matemáticas. Existe el convencimiento de que la explicación racional del mundo superará la interpretación mítica de la realidad.

Desde el siglo XVIII, la naturaleza, la razón y la voluntad, marcan el rumbo de la vida. Se pretende la existencia obviando lo sobrenatural.

La mentalidad ilustrada con la penetración del espíritu científico en la vida social hace que se sustituya la caridad por filantropía y que se produzca una creciente participación de instituciones civiles en la atención a la enfermedad. Gracias a la mentalidad ilustrada, aparecen los primeros intentos de mejorar la ayuda médica a las clases más desfavorecidas. Hay dos tendencias al respecto, la del Reino Unido, más democrática, que se realiza a través de Sociedades de Ayuda Mutua, muy vigorosas en el siglo XVIII. La segunda, adoptada por Francia, Austria, España, Rusia, que consistía en crear instituciones estatales, con pocos recursos y atendidas por personas poco cualificadas (Barona, 1990).

También la mentalidad ilustrada lleva a uno de sus ilustres representantes, J.P. Frank a denunciar el desequilibrio social con el empobrecimiento de toda una clase social como factor fundamental en el desarrollo de la enfermedad. La enfermedad no es el resultado de la intervención divina, sino la culpa del hombre.

Con el triunfo de las primeras revoluciones democráticas, los hombres adquieren los mismos derechos civiles y políticos. Entre ellos se encuentran la libertad de conciencia y la libertad de pensamiento que permiten defender a cada uno las propias convicciones morales y religiosas. A partir de la Revolución Francesa, el pluralismo moral que ya existía, es un hecho generalizable y se aprende a respetar el disenso en cuestiones morales. En contraposición se logra un formidable consenso en todo lo relacionado con la racionalidad científica. Existe el convencimiento de que la explicación racional del mundo superará la interpretación mítica de lo natural, lo físico y lo ético (Escuela Medicina, 2004).

Si desde los griegos lo natural o físico y lo ético o moral eran dos momentos de un mismo orden, el mundo moderno va separando ambos órdenes hasta llegar a oponerlos. Con ello comienza la filosofía crítica y también la ética.

El Estado Moderno, no unitariamente confesional y políticamente pluralista, persigue el respeto al prójimo como norma de convivencia. Supone un cambio cualitativo frente a épocas precedentes que lleva a compromisos del médico con su paciente a través de sistemas de reglas prácticas a seguir, como son los Códigos Deontológicos.

En los siglos XVII y XVIII los médicos constituían un grupo pequeño y selecto de hombres que se habían formado en las pocas universidades existentes. Ejercían en las ciudades básicamente para una clientela rica, no realizaban intervenciones quirúrgicas, ni dispensaban fármacos. No mantenían relaciones profesionales ni sociales con artesanos y comerciantes que eran los encargados de cubrir las necesidades médicas de la población más pobre y rural. Los cirujanos eran artesanos que habían aprendido con la práctica; los farmacéuticos eran comerciantes que originalmente dispensaban fármacos. En respuesta a una necesidad social no cubierta, fueron adoptando, poco a poco, el papel de clínicos.

1.1.5. Salud, enfermedad y relación clínica en los dos últimos siglos.

1.1.5.1. En el SIGLO XIX se sustituye la soberanía de los soberanos por la soberanía nacional en la que la clase burguesa se beneficia de la transformación económica que da paso al capitalismo industrial y mercantil. Se produce una burocratización creciente con despersonalización en el trabajo, y también de forma creciente, la rebelión del proletariado contra una sociedad que le trata como un “objeto económico” cuya vida solo se estima en función de su rendimiento laboral. La salud se convierte en un bien de producción.

Aparecen, junto con las enfermedades ya conocidas, enfermedades condicionadas por la situación histórico-social, como pauperismo y accidentes profesionales, epidemias (cólera, meningitis, gripe, peste...), modos neuróticos de enfermar.

Se impone la idea general de que se ha ingresado en la era de la ciencia positiva y de que se ha superado la metafísica. Todo conocimiento empírico se debe a la experiencia científica. Nada que sea experimentable queda fuera de la competencia científica. El objetivo central de la patología es conseguir una explicación científica de las enfermedades y sus causas sólidamente cimentadas en los saberes biológicos, químicos y físicos. Por ello, la investigación experimental pasa a ser una fuente primordial de la ciencia médica (López Piñero, 1992). Lo que tiene una apariencia irracional constituye un fenómeno marginal de la ciencia.

La ciencia médica va identificando las causas de las enfermedades como el bacilo de la tuberculosis, desbalance endocrino, enfermedades genéticas. Estudia, además, el papel que factores sociales, ocupacionales y económicos tienen en la etiología de la enfermedad.

Se buscan aparatos de medida, objetivos, para determinar las enfermedades. La medicina va siendo de forma progresiva cada vez más eficaz y más cara.

A finales del siglo XIX, se produce otro fenómeno que va a condicionar las perspectivas futuras del quehacer médico. Freud con su psicoanálisis, introduce al sujeto y a la persona en la patología desde un punto de vista estrictamente científico y técnico.

El SIGLO XIX fue la era del médico general en Europa y en América. La mayoría de los profesionales, en ambos continentes eran médicos generales.

En la sociedad burguesa del siglo XIX persiste la estratificación de la asistencia según los tres niveles socioeconómicos, como en los siglos anteriores. Los enfermos pertenecientes a las “clases altas” eran atendidos en su domicilio o en el consultorio del médico privado, según el tipo de dolencia. Los enfermos del proletariado suburbano e industrial, incluidos en el segmento socioeconómico de “clases bajas” eran atendidos en un “hospital de beneficencia”, con pocos recursos y gran hacinamiento, pero eso sí, por un clínico prestigioso.

Los individuos de la clase media: artesanos, obreros acomodados, funcionarios y profesionales de poco prestigio social, solían recurrir, en caso de enfermedad, llamando a médicos “baratos” a su domicilio o inscribiéndose en asociaciones. En España, las “Sociedades de Socorro Mutuos”, conocidas como las sociedades de “médico y botica”, inscribían a todos los miembros de una familia, y, mediante el pago de una módica cantidad mensual o semanal, eran atendidos por un médico que la sociedad les ofrecía.

Se puede decir que es aquí donde surge la medicina de familia, como la medicina de las clases medias-bajas.

1.1.5.2. SIGLO XX: Hacia finales del siglo XIX, el progreso de las ciencias básicas como química, física, fisiología y bacteriología, comenzaron a influir en la medicina y condujeron al surgimiento de las grandes especialidades. Los profesionales necesitaban adaptarse a la revolución técnica que estaba transformando la medicina (Barona, 1990).

La fundación John Hopkins en 1889 y las facultades de medicina alemanas fueron modelo en proporcionar una base científica sólida a la educación médica, basándose en los especialistas y orientada hacia la tecnología de la medicina.

Para la razón, el hombre vuelve a ser considerado naturaleza cósmica, como había ocurrido en la Grecia Clásica, pero ahora de acuerdo con los conocimientos aportados por la física, la química y la biología. Se busca conocer científicamente la naturaleza humana y la enfermedad, por lo que aumenta el prestigio del médico sabio e investigador (anatómo-patólogo, microbiólogo, fisiopatólogo...) sobre el médico práctico. Los internistas adquieren así el prestigio por considerarse virtuosos del diagnóstico, más que por tratar la enfermedad. A lo largo del siglo XX la confianza que existía en el médico se va sustituyendo por confianza en las posibilidades técnicas que el médico pone en marcha (McWhinney, 1995).

La filantropía que mueve al médico en la relación clínica desde esta época, parte de la idea kantiana de concebir al hombre como persona dotado de intimidad y libertad y capaz de apropiación personal. Sin embargo el médico secularizado se mueve en muchos casos por el interés personal, ya sea científico, de prestigio social o de lucro.

Después de la Segunda Guerra Mundial, se va creando conciencia de Sociedad Universal con destino común, en parte por el prodigioso desarrollo de los medios de comunicación. Asimismo hay una creciente conciencia de lucha por los Derechos Humanos.

Se construyen tres mundos bien definidos, el liberal, el socialista y el tercer mundo, con tendencia a la creación de organismos internacionales como la ONU, UNESCO... que marcan tendencias y leyes que comprometen a los estados nacionales.

Además, aparecen en los países europeos industrializados el llamado Estado de Bienestar que tiene por objetivo satisfacer las necesidades del ser humano creando un modelo de sociedad cada vez mas justa e igualitaria. La protección a la salud y el tratamiento de la

enfermedad ha constituido uno de los principales estandartes del Estado de Bienestar. La salud pasa a ser un bien de consumo y la asistencia sanitaria un derecho social y cultural en los términos establecidos por la ley positiva que el estado asume (Rosen, 1993).

Esto ha proporcionado un suceso histórico, la colectivización de la ayuda al enfermo, que pese a sus deficiencias ha supuesto un cambio a favor de la justicia social. Ha supuesto la amortiguación, no la completa abolición de la injusta distribución de medicina "para pobres" y "medicina para ricos" (Porter, 2003).

Es en este siglo, a medida que culmina la era de la especialización se detecta una fragmentación de la persona enferma y un deterioro en la relación clínica. A partir de los años 30, el número de médicos de atención primaria disminuyó tanto como su popularidad. Esta disminución está sustentada por la desaparición de los médicos generales de las facultades de medicina.

La relación médica fragmentada por las especialidades y secularizada, choca con una indiscutible realidad: no se pueden objetivar todas las dolencias del enfermo e incluirlas en una categoría nosológica. Cuando la clínica exige enfrentarse a datos psicológicos y sociales, se requiere la consideración del enfermo como persona; no vale considerarlo como la suma de órganos y psique (McWhinney, 1995).

Estos motivos, unidos a otros económicos que ven en la medicina especializada un gasto imparable que no se justifica por los beneficios, en materia de salud, que proporciona a los ciudadanos (Ortún, 1987; Navarro, 1996). Hace que surja la necesidad de una nueva clase de generalistas, los médicos de familia. En EEUU quedó establecida esta necesidad por dos informes clave: The Graduate Education of Physician (Millis, 1966) y Meeting the Challenge of Family Practice (Willard, 1966).

1.2. NACIMIENTO DE LA MEDICINA DE FAMILIA.

La Medicina de Familia se convirtió en el nombre del cuerpo de conocimientos que sirve de base a una práctica clínica, intentando prestigiar a una medicina general que, hasta entonces se consideraba de rango inferior por su indiferenciación, falta de formación y cualificación específica.

La Medicina de Familia se basó en lo mejor de la Medicina General y retomó una amplia gama de problemas dejados al margen por la medicina interna. El interés de la investigación salió del laboratorio para ocuparse de estudios de observación clínica, estudios conductuales o de población (McWhinney, 1995).

El cambio de nombre de Medicina de Familia en lugar de Medicina General, trató de presentar la profesión como novedosa ante la sociedad, además de dotar a este nuevo colectivo de un cuerpo de conocimientos diferentes y propios.

En gran parte de los países desarrollados fue madurando la especialidad a partir de los años 50. Los líderes de la medicina académica consideraban a la Medicina de Familia de segundo orden porque los problemas que en ella se atendían parecían de poca importancia. Sin embargo, con el tiempo la especialidad se ha ido consolidando y forma parte del recurso comunitario de atención a la salud mas frecuentado.

Según frase de Kant “Sin historia de la ciencia, la filosofía de la ciencia está vacía; sin filosofía de la ciencia, la historia de la ciencia está ciega”. Quizás el conocer, aunque de forma superficial el desarrollo histórico de la relación clínica de la Medicina de Familia ayude a comprender el sentido de la especialidad, que sin embargo a principios del siglo XXI, al menos para algunos, sigue siendo un poco confuso y controvertido, con sus luces y sombras. Es difícil comprender la relación clínica sin aproximarse al momento histórico, a la situación social, al conocimiento científico. Contextualizar la realidad parece inseparable de su análisis.

1.2.1. La conferencia de la OMS- UNICEF de Alma Ata (1978) definió la Atención Primaria de Salud como “la asistencial esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo mas cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”

1.2.2. De la Seguridad Social al Sistema Nacional de Salud. Marco legal.

En España existía el sistema de Seguridad Social sufragado básicamente por las aportaciones de empleados y empresarios. Tuvo sus orígenes en la Ley de Seguro Obligatorio de Enfermedad de 1942 y en la Ley de bases de la Sanidad Nacional de 1944. La transformación de la asistencia ambulatoria que no atendía muchos problemas de salud, burocratizada y masificada, en Atención Primaria de Salud supuso una transformación profunda en los objetivos y en la organización (Martín Zurro, 1994).

En 1984 se inició la reforma legislativa de la asistencia ambulatoria en España, con la promulgación de un Real Decreto sobre “Estructuras básicas de Salud”. Sin embargo, desde 1979 se había comenzado a formar residentes, vía MIR, con la duda sobre la viabilidad de la especialidad en el futuro (Álvarez, 1999).

Pero la Atención Primaria quedó legalmente constituida con la Ley General de Sanidad de 1986, que además universaliza el acceso al sistema sanitario en condiciones de igualdad y enuncia la primera Carta de Derechos y Deberes del paciente.

Los cambios legislativos, no obstante, no son suficientes para implantar un modelo cualitativamente diferente y que requiere cambios operativos, formación, redefinición de objetivos que marquen el camino de los profesionales.

La Medicina de Familia nace con la desaparición de la dictadura política, como bandera del Estado de Bienestar y la creación del Servicio Nacional de Salud con financiación a cargo del Estado, intentando desarrollar la Salud Pública.

Siguiendo el documento publicado por WONCA (Organización Mundial de Médicos de Familia) “El papel del Médico General/ Médico de Familia en los Sistemas Sanitarios” en 1991 define:

“El Médico General o Médico de Familia es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario.

El Médico General/ Médico de Familia es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario que otros profesionales o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en base a la edad, sexo o diagnóstico de los pacientes.

El Médico General/ Médico de Familia atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social. Es competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación

cultural, socioeconómica y psicológica. En definitiva se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes.

El Médico General/ Médico de Familia ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente o a través de los servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja.”

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria en el documento titulado “Perfil profesional del Médico de Familia” (1995) se adhiere a esta definición, pero añade a la misma aspectos como el trabajo en equipo, docencia e investigación y la garantía de calidad que, según el documento, deben estar siempre relacionados con la práctica del médico de familia.

La definición, la creación de un marco legal, la existencia de una especialidad postgraduada de Medicina de Familia, no son suficientes para llevar a cabo el cambio cualitativo que exige la aplicación de los fundamentos teóricos. Existe una distancia importante entre las exigencias filosóficas y la realidad práctica; es un camino que lentamente se debe recorrer. Existen muchos obstáculos como la propia inercia de los sistemas sanitarios, cuyo eje es la atención especializada, las presiones corporativas, los intereses económicos y las propias directrices políticas, entre otros.

Entre los obstáculos que se encuentran en el camino, quizás uno de los más cruciales es la relación clínica como emergente de las tensiones sociales y de los cambios estructurales.

1.3. COMPLEJIDAD Y CONTROVERSIAS DE LA RELACIÓN CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Existen cuatro puntos esenciales que han modificado la relación médico-paciente creando cierto desconcierto entre los protagonistas de la relación. Aunque puedan influir otros muchos, estos han supuesto un cambio esencial en el contenido y la forma del encuentro clínico.

1.3.1. Cambio del concepto salud / enfermedad:

En 1946, la OMS en su Carta Fundacional define: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. En 1978, en la Conferencia de Alma-Ata se añade: “Uno de los principales objetivos de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera, en el curso de los próximos decenios debe ser el que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”

Se trata de definiciones ambiciosas que no se han llegado a hacer realidad. Sin embargo, la definición de salud, con su perspectiva holística supone un cambio cualitativo del concepto. Todo puede quedar englobado en el término salud, siendo la subjetividad de la persona la encargada de concretar esa definición en cada uno.

Por primera vez en la historia, desde la definición de la OMS, salud y enfermedad dejan de ser conceptos opuestos y excluyentes. Pero, además, la salud se convierte en protagonista social de nuestro entorno.

En nuestro medio, la salud queda protegida por el Estado de Bienestar. Ya no es un “don recibido”, es un derecho exigible, para lo que se desarrollan sistemas de salud y políticas nacionales. El estado protector proporciona un importante componente ideológico en los conceptos de salud y enfermedad cuyo cuidado queda a cargo de la ciencia, que teóricamente es neutral. Se produce asimismo una euforia en relación con la prevención y rehabilitación, que también quedan en manos de la ciencia (Montiel, 1993).

1.3.2.Cambio del paradigma biomédico al bio-psico-social:

Muchos autores han cuestionado la aportación de los servicios sanitarios a la mejora del nivel de salud (Illich,1976; McKeown,1982; Cochrane,1985). Para McKeown la atención médica tiene poco que ofrecer si se la compara con la contribución de los avances sociales; Illich llega mas lejos en el cuestionamiento de la misma, considerando que la atención médica es perjudicial para la salud.

Sin despreciar las motivos, con su parte de razón, que las voces críticas del sistema sanitario han realizado, por lo ya expuesto, parece necesario, para cualquier sociedad, dotarse de un sistema de atención al sujeto enfermo, sin detrimento de un análisis de la situación y la búsqueda de modelos eficaces y eficientes.

En un estudio nacional realizado en EEUU se objetivó que los adultos con un médico de Atención Primaria como médico personal, en lugar de un especialista, tenían costes de atención un tercio menores, y una quinta parte menos de posibilidades de morir. En dicho estudio se controlaban los efectos de la edad, género, ingresos, seguro, consumo de tabaco, salud inicial y once condiciones importantes (Franks, 1998).

El determinante de la enfermedad no es un agente específico en muchos casos, sino un problema multifactorial en el que intervienen entre otros factores la susceptibilidad del huésped, el entorno social, acontecimientos vitales, agentes infecciosos...

El nuevo paradigma surge para tener en cuenta estas anomalías y adaptar los problemas de salud a la clínica. La adaptación funcional de la atención primaria a la clínica, fuerza el cambio desde el paradigma biomédico al biopsicosocial. Engel (1997) postuló la necesidad de este modelo holístico como respuesta al modelo biomédico operante en las sociedades industrializadas.

En la medicina práctica, el médico general no trata con enfermedades sino con personas, que se encuentran en una familia y con un entorno social determinado. Su enfoque exige conocimiento y capacidad técnica igual que en el modelo biomédico, pero no es suficiente. Debe comprender el mundo interno de su paciente, sus valores, sus pensamientos, sentimientos, miedos, su percepción del problema de salud y su efecto sobre la vida (Engel, 1983).

Como ya se ha dicho, a partir del siglo XIX la medicina ha estado dominada por el concepto positivista del conocimiento, propio del paradigma biomédico. Con la perspectiva biopsicosocial la atención se centra en el paciente y el abordaje requerido es hermenéutico o de interpretación. En él, una persona, el médico, intenta comprender a otra, el paciente, mediante un diálogo en el que se aclaren de forma progresiva el significado de palabras y símbolos (Brown, 1986).

El conocimiento obtenido mediante la hermenéutica, no es objetivo, y, por lo tanto, no es científico en el sentido convencional del término. Pero tiene sus propios métodos de verificación, como puede ser el acuerdo entre el médico y el enfermo en el caso que nos ocupa. Se han elaborado métodos para evaluar el grado en el que el médico se centra en el

paciente en una visita, pero continua siendo una faceta profesional difícil de evaluar y poco evaluada.

En este paradigma no es suficiente el conocimiento científico, se requieren también conocimientos más amplios en humanidades y cualidades para aplicarlos. A veces fallan unos y/u otros, creando problemas en la relación clínica.

1.3.3. Democratización de la relación médico-paciente:

Históricamente la relación clínica ha sido vertical o monárquica. Aristóteles distingue dos tipos de relación, vertical o paternal que es una relación altruista en la que se busca el beneficio de los otros, y la tiránica o despótica, en la que se busca el propio beneficio y que socialmente sería una relación pésima.

La tradición ética occidental coincidiendo con el pensamiento aristotélico, considera que la enfermedad hace del enfermo un sujeto incapaz de prudencia, perturbándole el juicio moral. Como consecuencia, la relación paternalista ha sido considerada la ideal en la historia de la ética de esta profesión.

Este modelo se ha mantenido hasta el siglo XX por motivos culturales, sociales y económicos, pero se va transformando en relación democrática, no sin muchas resistencias.

El pensamiento liberal desde finales del siglo XVIII ha ido impregnado al hombre en nuestro entorno. Sin embargo siempre se ha argumentado que la salud es un bien tan preciado que no se puede someter a las leyes del mercado. El pensamiento liberal, sin acabar con el monopolio de los profesionales sanitarios, ha ido conduciendo al enfermo a su condición de ser adulto, autónomo y capaz de decidir sobre su propia vida.

Durante los años 1914-1972 la tradición judicial promueve mediante distintas sentencias, la autonomía de los pacientes. Comienzan a aparecer Códigos de los Derechos de los Pacientes en torno al principio del consentimiento informado y al principio de autonomía.

A partir de los años 70 cambia la comprensión de las relaciones médico-enfermo. Si los códigos médicos existentes hasta entonces enfocaban la relación primordialmente desde la perspectiva del médico, hay una “democratización” de la Ética Médica convirtiéndose el enfermo en centro de atención en la nueva situación (Gafo, 1986).

En 1972, la AHA (American Hospital Association) adoptó “ A Patient’s Bill of Right”, aprobada en 1973, cuyos ejes centrales son los derechos del paciente y la información. Ambos deben respetarse por la dignidad que la persona lleva intrínseca, no solo por la filantropía de los profesionales.

En los años setenta se lleva a cabo un proceso similar en los países europeos. En mayo de 1977, el Comité de Hospitales de la Comisión Económica Europea elabora una Carta del Enfermo Usuario del Hospital que fue aprobada en 1979. En España se publica el Anteproyecto de Reglamentos de Hospitales, publicado en 1972. En 1974 se edita un nuevo Anteproyecto, donde se repiten numerosos puntos del anterior, incluyendo aspectos que lo mejoran como el derecho a la intimidad y la necesidad de solicitar un consentimiento informado al paciente cuando se trate de terapias que entrañen riesgos o de prácticas docentes (De Lorenzo, 1983). Posteriormente se han publicado normas de garantía para los usuarios de hospital. En 1984, el Insalud publica la Carta de los Derechos y Deberes del Paciente dentro de su plan de humanización de la asistencia sanitaria.

Como puede verse ha habido un cambio desde los Juramentos y Códigos Deontológico a las Cartas de los Derechos de los Enfermos, que supone la superación de actitudes

paternalistas y su evolución hacia la afirmación de la dignidad y libertad de la persona enferma.

Aunque la atención primaria no ha sido el detonante de este cambio en la defensa de la autonomía en la relación médico-paciente, participa de la transformación de mentalidad de la población a la que atiende (Louria, 1995). La relación médico-paciente pone ahora en juego cosmovisiones morales muchas veces no compartidas para cuyo manejo se requiere una nueva comprensión del papel del profesional médico en la relación clínica. Paciente y médico pasan a convertirse ahora en sujetos activos en la relación clínica.

El respeto a la autonomía del paciente, no implica una relación interpersonal meramente técnica, sino por el contrario exige un mayor compromiso con el paciente como persona, un mayor nivel de entendimiento, de explicación, de negociación, para establecer una relación creativa que resulte eficaz.

Como dice Gafo hablando de los bioeticistas (Gafo, 2000), y traspassando su opinión al médico de familia, no se trata de no tener en cuenta las propias opciones éticas y las tradiciones morales de origen, como si para hablar un lenguaje común, hubiera que renunciar a las propias creencias. La ciencia no es algo neutro y compartido. En la relación clínica se ponen en juego algo más que protocolos “asépticos” sin ideología, se pone en juego la persona íntegra.

Existen además otros factores que han contribuido a la democratización de la relación, como los cambios producidos en la práctica médica: trabajo en equipo con poder compartido del médico, especialización, la socialización de la medicina.

1.3.4. Conflictos éticos:

Como se vislumbra por los tres apartados anteriores, surgen en la relación médico-enfermo un sinnúmero de factores, no solo científicos y técnicos, que van a servir como obstáculos o facilitadores para que la misión del médico de familia alcance el fin deseado de cooperar con sus pacientes respetando y restableciendo su autonomía y favoreciendo la reincorporación a la sociedad a la que pertenece (Marina, 1998).

Los conflictos bioéticos en Atención Primaria no son tan dramáticos como los grandes temas de la Bioética: prolongación de la vida, eutanasia, experimentación con seres humanos... Se trata de desafíos suscitados por la posición central de los derechos de los pacientes y los nuevos paradigmas en la relación clínica.

Aparecen en este panorama tres puntos de conflicto bioético básicos:

1. - El gran avance técnico ha producido la invasión de la medicina en esferas esenciales del ser humano. Las instituciones sociales han invadido el espacio privado de los individuos.

2. - El médico se ha convertido en gestor de recursos y responsable de la atención al paciente de manera simultánea. El servicio al Paciente y a la Institución Sanitaria le obliga a conjugar racionalidad económica y ética en cada decisión que toma dentro y fuera de la consulta (Pellegrino, 1997; Siegler, 1997).

Existe la creencia errónea de que no se puede argumentar racionalmente la ética porque se trata de algo subjetivo y privado (Cortina, 1986). No se discute el fundamento de las decisiones morales como se puede discutir el de las decisiones técnicas. Pero cuando se afecta la confidencialidad del paciente, se interviene sobre el estilo de vida, se actúa en crisis vitales, se utilizan recursos como medicamentos, pruebas diagnósticas, o se concede una incapacidad laboral..., todas ellas actividades cotidianas para un médico de familia, se esta

actuando sobre esferas que afectan al proyecto vital de la persona y al contexto social (Altisent, 2000).

Los problemas morales se resuelven privadamente dentro de la consulta como algo individual, según lo que cada uno “sabe y puede”. Parece tratarse de algo paralelo al propio trabajo, no un elemento esencial del mismo.

Además el creciente pluralismo social obliga a abordar los problemas éticos, no solo desde esquemas religiosos, como ha ocurrido en etapas anteriores, sino con valores éticos vigentes en la sociedad. Es una ética de Código Múltiple (Gafo, 2000).

La moral se ocupa de maximizar no la satisfacción individual, sino la social. El objetivo de la ética es hallar una razón suficiente de la forma moral, investigar el fundamento de la moral.

3. - Siguiendo al bioeticista Callahan la medicina atraviesa una crisis en sus propios fines, no solo en los medios que emplea. Para este autor es necesario replantear los fines y presupuestos más básicos formulando nuevos ideales y direcciones. Si no se hace, la Medicina será “económicamente insostenible, clínicamente confusa, socialmente frustrante y carente de dirección y propósitos coherentes” (Callahan, 1966).

Parece que esto es particularmente cierto en Medicina Familiar.. Se trata de una especialidad antigua en su función social pero joven en su reaparición académica. Sus límites son amplios e imprecisos, con conflictos de intereses con otras especialidades y una distancia importante entre su teoría y la práctica. Se ha iniciado una discusión ética sobre problemas concretos de la medicina general, más que cuestionar sus propios fines y métodos.

Parece necesario desarrollar un soporte ético-filosófico sobre fines y valores que los profesionales, pacientes, administradores y la propia sociedad puedan asumir.

Que la relación médico-enfermo es problemática, esta fuera de toda duda, no solo por justificaciones teóricas. Crecen los trabajos sobre el profesional “quemado” (Sutherland, 1993; De las Cuevas, 1994; De Pablo, 1998; Caballero, 2001; Cebriá, 2001; Molina, 2003, Lomeña, 2004; Tizón, 2004), sobre el paciente “difícil” (Hahn, 1994; Hahn, 1996; Jyvasjarvi, 1998; Mancera, 2001), preocupación por las reclamaciones y demandas ocasionados por problemas en la asistencia, así como la utilización de medidas alternativas como fracaso de la potente medicina científica (Astin, 1998; García Campayo, 2000).

Se han realizado aproximaciones a las distintas variables de la relación clínica desde las ciencias sociales y la medicina (Benbassat, 1998; Inui, 1998). La medicina basada en la evidencia ha concedido prioridad a los estudios cuantitativos, pero aspectos relacionados con la comunicación, estilo personal o valores han encontrado dificultad para su abordaje con estos métodos (Jacobson, 1997).

En un estudio multicéntrico realizado en distintos países de nuestro entorno socio-cultural en medicina general, aparecen como prioridad para la población estudiada, como factor común en todos los países, la comunicación médico-paciente y la accesibilidad (Grol, 1999).

Para terminar y dada la presentación del trabajo en un foro universitario, parece relevante mencionar que en una encuesta realizada entre estudiantes de sexto curso de medicina, solo un 6% de los encuestados desea ejercer como médico de familia y la mayoría no ha tenido ningún contacto teórico con la especialidad. Contrasta con el hecho de una oferta ministerial del 36% de plazas MIR en Medicina Familiar y Comunitaria (Santos Suárez, 2001).

Por todo ello, parece que la relación médico-paciente es lo suficiente compleja y cambiante como para requerir nuevas aportaciones a este tema tan actual pero con tanta

historia y carga social a sus espaldas. Es necesario conocer el punto de vista de las personas para las que se trabaja para poder mejorar el servicio que la medicina familiar debe prestar a la sociedad.

La relación clínica como puede vislumbrarse es complicada como todas las relaciones humanas, actuando sobre ella un sinnúmero de factores que van a servir como obstáculos o facilitadores para que la misión del médico de familia llegue a buen fin, el de ayudar a sus pacientes de la mejor manera posible. El desplazamiento de la atención a la enfermedad hacia la atención al enfermo, así como la mayoría de edad del mismo para tomar decisiones y la ambigüedad del concepto salud suponen una complejidad de la relación.

La relación clínica es un encuentro entre dos personas interactuando, pero nunca es una relación solo técnica, ni individual. En ese encuentro participan factores socio-culturales, con tal protagonismo, que la condiciona. Todo lo subjetivo se ha intentado excluir de los estudios de investigación en el último siglo, por lo complicado que resulta su valoración. Pero creencias, valores y toda la subjetividad personal del paciente y del médico se ponen en juego en cada encuentro clínico y condiciona su resultado.

1.4. ENFOQUE METODOLÓGICO.

1.4.1. Metodología cualitativa: Cualitativo vs cuantitativo.

La salud y la relación clínica son fenómenos sociales que conllevan prácticas personales profundas articuladas por un número casi infinito de dimensiones y variables sociales. Estas requieren para su análisis informaciones puntuales de todo tipo, si se quiere profundizar en su significación antropológica fundamental teniendo en cuenta su génesis histórica y sus distintas y contradictorias concepciones ideológicas de una misma sociedad, así como sus cambiantes condicionamientos estructurales (Ortí, 1986). Por ello, como

propone Waitzkin (1990) la investigación cualitativa es un método idóneo para la investigación de las relaciones médico-paciente.

Son los científicos sociales, a finales de los años 30, los que sienten la necesidad de buscar estrategias por las que obtener información sobre actitudes y motivaciones básicas de los grupos sociales imposibles de captar por los estudios cuantitativos. Muchos de los procedimientos que han sido aceptados como práctica común en las entrevistas grupales fueron dados a conocer en el clásico de Robert K. Merton, *The Focused Interview* (1957).

En las últimas décadas la técnica es aplicada en el ámbito de los estudios de mercado (Krueger, 1991). Su incorporación en el campo de la salud ha sido lenta pero progresiva. Si se realiza una búsqueda bibliográfica en Medline y HealthStar se pueden encontrar más de 800 artículos publicados entre 1994 y 1999, en los que utilizan el estudio cualitativo como única metodología o en combinación con otros métodos. El supuesto teórico que justifica su utilización es el interés por parte de las instituciones sanitarias de “escuchar” al usuario de sus servicios y programas (García Calvente, 2000). La utilización de metodologías cualitativas, como los grupos de discusión, puede ayudar en la identificación, conceptualización, valoración y priorización de los beneficios de la relación clínica (Del Llano, 1998).

Se está produciendo, en la literatura anglosajona, excelentes ejemplos de utilización de metodología cualitativa en salud buscando el acercamiento al sujeto con el que se interactúa, con importantes repercusiones en áreas como Educación para la Salud (Dadvison, 1991). La revista *Sociology of Health and Illness* editada por el grupo de sociología de la salud de la Asociación Británica de Sociología aporta una experiencia del valor que los estudios cualitativos tienen en este campo.

Es inútil enfrentar lo cuantitativo y lo cualitativo porque existe una realidad social única estructurada por hechos sociales externos cuyo tratamiento cuantitativo genera datos y

una realidad simbólica estructurada por significaciones y símbolos cuyo tratamiento es fundamentalmente comunicativo, lingüístico y semiológico. Mientras el enfoque cuantitativo nos sitúa en la dimensión individual de la realidad social y reproduce los estados de opinión dominantes, el enfoque cualitativo nos coloca en la dimensión grupal de los procesos sociales analizando las estructuras latentes y profundas que soportan estos estados. Ambos enfoques tienen funciones complementarias, puesto que estudian aspectos diferentes de una realidad social compleja e inabarcable en su conjunto (Alonso, 1998).

1.4.2. Aproximación a la investigación cualitativa en salud.

En el enfoque cualitativo no nos movemos en el terreno de lo manifiesto, que puede ser observado y cuantificado, sino en nivel latente de las actitudes (pautas más o menos estables de la conducta) y las representaciones sociales (estereotipos sociales), racionalmente analizables mediante un método que establezca el sentido de las acciones de los individuos dentro del sistema social del que forman parte. Aparece así un nivel profundo de estudio de lo social que requiere la interpretación de símbolos cargados afectivamente; lo que se estudia es la realidad simbólica en donde se desenvuelven las acciones sociales, estructurada por significaciones y símbolos (Ortí, 1986).

Las formas simbólicas toman apariencia codificada en el lenguaje. El lenguaje sirve de intermediario entre el pensamiento y el sonido, constituyendo un sistema de valores que requiere de la colectividad para establecerse. El individuo por sí solo es incapaz de fijar ningún valor (De Saussure, 1994).

El universo simbólico es polisémico, cada palabra es portadora de una pluralidad de significaciones; ninguna tiene un solo sentido (Barthes, 1970).

El enfoque cualitativo es un enfoque fundamentalmente motivacional, referido a la historia de los sujetos como elementos de un colectivo. El investigador no objetiva a los sujetos sino que reconstruye, a través de los discursos, las intenciones y esquemas cognitivos de la realidad en sus espacios habituales de vida (Schwart y Jacobs, 1984). Interesa comprender las conductas en su sentido dinámico como subjetivización de esquemas determinados por las relaciones sociales.

Lo social es inseparable de lo simbólico, un universo de significados preconscientes compartidos. Este mundo está construido comunicativamente y solo comunicativamente puede analizarse. Lo simbólico socioculturalmente encarnado y concretado ha venido tomando el nombre de representación social (Ibañez, 1994).

Se entiende por representación social un sistema de valores, ideas y prácticas que cumplen una doble función: 1) establecen un orden que permite a los individuos orientarse en su mundo social y “aprehenderlo”; 2) facilita la comunicación entre los medios de una sociedad, proporcionando códigos para nombrar y clasificar los diversos aspectos de su mundo, así como su historia individual y grupal.

Las técnicas cualitativas se orientan a captar, analizar e interpretar aspectos significativos diferenciales de las conductas y representaciones de los grupos investigados. La investigación cualitativa tiene niveles explicativos y otros de atribución de sentido o interpretativos siempre realizados desde un sujeto en un contexto. El estudio cualitativo sitúa a un sujeto en un cuerpo social, es un encuentro del cuerpo y el espíritu, de lo social y lo individual, de la intersubjetividad y la subjetividad.

Siguiendo a Riesman (1965) el enfoque cualitativo trasciende la experiencia sensorial cotidiana para adentrarse en las codificaciones culturales y simbólicas que construyen nuestro modo histórico de ver y vivir la realidad social misma.

Este enfoque inherente a la investigación motivacional profunda (deseos, creencias y valores conscientes e inconscientes que condicionan el comportamiento) y de las imágenes (condensaciones simbólicas de los sujetos sobre la realidad social), exige la libre manifestación por parte de los actores de sus intereses informativos, creencias y deseos.

Como dice Borges (1977) “para ver una cosa hay que comprenderla”. No hay observación sin sujeto. El observador siempre necesita un lenguaje para establecer la coherencia de su observación. El investigador cualitativo, siguiendo a Ibáñez (1981), se sitúa en el nivel de la praxeología (praxis como transformación de la realidad para su mayor humanización); se orienta constantemente por su intencionalidad de transformar la realidad.

Las técnicas cualitativas aventajan a las cuantitativas en cuanto a significatividad y relevancia al llevar a cabo interpretaciones simbólicas preconscientes e inconscientes inaccesibles para el enfoque cuantitativo, y también en cuanto a la cantidad de información sobre las dimensiones funcionales y simbólicas. Por eso han sido muy utilizados en estudios de mercado proporcionando interpretaciones para desvelar la riqueza simbólica de un producto y además proporcionar indicaciones formativas suficientes para situar la posición de un producto en el campo social del mercado.

Así, al abordar un hecho social como es la relación clínica en Atención Primaria, intentando obtener las claves de su conformación y poder contextualizar e interpretar en términos culturales las actitudes y motivaciones básicas en los distintos grupos sociales se hace preciso buscar una metodología que intente captar esos aspectos que quedan ocultos a los trabajos llevados a cabo con metodología cuantitativa.

2. HIPÓTESIS

Las distintas actitudes, valores y creencias de la población urbana y periurbana de Madrid, según edad, sexo y nivel socio-cultural influyen significativamente en la relación clínica que se establece en la atención primaria.

3. OBJETIVOS

- 1.- Analizar la representación del proceso salud/ padecimiento/ enfermedad en los segmentos de población según edad, género y nivel socio-económico.

- 2.- Estudiar la necesidad sentida del Médico de cabecera en los diferentes bio-socio-estratos.

- 3.- Conocer los valores y actitudes ofrecidas por el médico de cabecera para la población estudiada.

- 4.- Examinar la representación del médico de cabecera para el hombre/ mujer urbanos y periurbanos en nuestro tiempo.

4. METODOLOGÍA

El estudio se ha llevado a cabo mediante una técnica cualitativa como son los grupos de discusión. Se trata de investigar problemas complejos como las imágenes y actitudes ante la salud y relación clínica en un medio social determinado. La abundancia del significado y la proliferación de los significantes de los objetos simbólicos tan genéricos y multidimensionales desbordan a cualquier técnica cuantitativa.

4.1. Grupos de discusión

Siguiendo a Ibáñez (1989) en cuanto a la metodología del grupo de discusión, en su práctica concreta, el grupo de discusión no es más que un pequeño grupo de ocho a diez personas, que comentan y debaten sobre una serie de temas discriminantes inducidos en la dinámica interactiva por un moderador formal de la reunión durante una duración variable de tiempo entorno a los 90-120 minutos.

La situación de comunicación grupal tiende a recrear una vivencia colectiva centrada en una serie de temas seleccionados según un guión tentativo, que en este caso sería el marcado por los objetivos del estudio. Este guión modificable por el moderador de la discusión representa los puntos de partida para la construcción del sentido de los grupos. El grupo de discusión es fundamentalmente un grupo de trabajo diseñado para realizar una tarea, pero en el siempre aparece un grupo de base, como grupo emocional, donde una situación afectiva y moderadamente gratificante es capaz de crear las bases potenciales para la expresión de un actitud natural, socialmente construida.

La coexistencia de grupo de base y grupo de trabajo determina una tensión potencialmente conflictiva dentro del grupo de discusión, tensión que el conductor debe saber mantener y canalizar en aras a la mayor productividad discursiva del grupo.

El grupo de discusión trata de generar un microuniverso capaz de actualizar los sistemas de representaciones colectivas asociadas al tema estudiado y formas de construcción significativa de la conducta a nivel macro, del grupo de referencia de los individuos. El objetivo fundamental es el estudio de las representaciones sociales (normas, valores, imágenes asociadas a instituciones, tópicos...) que surgen a partir de la confrontación discursiva de sus miembros. No se busca al grupo como reflejo de lo que ocurre en realidad, sino como productor del discurso ideológico de su grupo de pertenencia en cuanto a la salud y la relación médico-paciente.

Los discursos particulares que se producen en el grupo de discusión remiten a otros discursos generales y sociales. Los sujetos expresan sus pensamientos personales a través de una combinación de signos o lenguaje que estructura significados intersubjetivos. El proceso grupal al inducir un clima de colectivización de la experiencia, es capaz de suscitar representaciones simbólicas concretas que sobrepasan la dimensión de respuesta psicológica individual para adentrarse en la cultura o universo simbólico del grupo social de referencia.

Los individuos, además de presentarse a sí mismos lo hacen como representantes preconscientes de los grupos sociales a los que pertenecen. Los sujetos comparten y se identifican con valores, normas, convenciones... que perfilan sus comportamientos, dándoles forma de naturalidad, desde la que conforman el sentido común y los marcos de interpretación con el que se percibe y actúa en el mundo.

Los discursos tienden a reproducir las coordenadas ideológicas de su posición. El análisis de la conducta social que se hace de los mismos se instalan en el nivel de lo latente, de la captación de las representaciones que montan el habitus desde el que los sujetos le dan significado a las acciones que realizan y sentido a los mensajes que reciben.

Al formar el grupo se requiere homogeneidad o heterogeneidad parcial y controlada. Es imprescindible en el diseño del grupo tener en cuenta que lo que produce el grupo son sentidos compartidos y negociados. Es fundamental respetar los campos sociales y simbólicos pues es en ellos donde se construyen los sentidos compartidos, los lugares comunes, los sistemas tópicos. La excesiva lejanía o conflictividad potencial de los miembros de la discusión no haría posible ni la elaboración, ni la negociación de los sentidos atribuidos a las representaciones y categorías sociales (Bourdieu, 1988).

En la discusión de grupo se buscan internamente diferencias discursivas, pero estas diferencias no pueden obstaculizar el principio de cooperación que debe funcionar como regulador de los actos comunicativos y de las atribuciones consensuadas de sentido, que el propio grupo otorga a las categorías sociales por las que transita (Hernández-Sacristán, 1994).

Otro requisito metodológico es que los miembros del grupo se desconozcan entre sí para que sea en la propia discusión donde se elabore el sentido de las representaciones sociales. El conocimiento previo a la formación del grupo supondría inhibiciones o imposiciones sobre el grupo, de unos valores, un sentido y unas pautas de actuación que han sido tomadas fuera de la estrategia del investigador. Es importante no mezclar historias particulares para que la discusión no precipite sobre la memoria individual, sino sobre la memoria social y compartida de estos.

La representatividad en este caso, no es estadística, ni probabilística, sino significativa y estructural. La investigación a través de grupos de discusión se puede juzgar por sus resultados, por la riqueza de los productos discursivos obtenidos y sobre todo por la probabilidad de recoger y analizar las representaciones sociales cristalizadas en discursos que han sido construidas por la experiencia y la práctica.

Con el grupo de discusión se busca la producción de discursos tópicos del grupo social de pertenencia. El carácter tópico le otorga representatividad al saturar las posibilidades significativas de esa situación comunicativa, de tal manera que cualquier otro grupo realizado en las mismas condiciones, y con miembros extraídos de los mismos grupos de referencia, producirían un discurso redundante.

La saturación parte de la idea de que los sujetos sociales son totalidades indivisibles, complejas y no intercambiables que cumplen el papel de patrón de información al ser sujetos característicos de la realidad grupal a estudiar (Eco, 1979). La saturación ha venido siendo presentada como un criterio de validación de las técnicas de investigación cualitativa.

Para saturar todas las relaciones es preciso un grupo de, al menos, cuatro personas; con cinco, hay ya redundancia. En este estudio hay dos grupos, G2 y G5 formados por cuatro participantes, dada la dificultad que entraña formar un grupo de discusión de las características descritas previamente. A veces, al tratarse de personas voluntarias, que participan desinteresadamente, surge algún fallo en grupos en los que se habían convocado a 5-6 personas.

El límite superior de 10 se justifica por razones cuantitativas. Con 10 participantes hay 45 canales que serían excesivos si todos funcionaran al mismo tiempo, pero alguno calla todo el grupo y algunos callan parte del grupo (Ibáñez, 1989).

En el diseño técnico del grupo se debe tener en cuenta además de lo ya indicado, que el contacto con las personas que han de formar el grupo tiene que ser alguien distinto de quien lo dirige, alguien en cierta medida aséptico que sepa lo menos posible sobre la investigación y los objetivos, con el fin de que no prefabrique opiniones.

En este caso la búsqueda de los participantes se ha llevado a cabo por buscadores conocidos a través de redes sociales primarias y secundarias de la investigadora. Al final de la

sesión se entregaba un pequeño obsequio, un libro o una planta, como muestra de agradecimiento por la colaboración. En tres grupos, G6, G8 y G12 fue necesario recurrir a un buscador profesional al que se abonaba la cantidad estipulada, además de pagar la participación a cada miembro del grupo. El trabajo se ha llevado a cabo sin ayuda económica pública o privada.

A cada buscador se entregaba el perfil del participante y se solicitaba colaboración para realizar un estudio sobre salud, dependiente de la Universidad. Se pedía no dar referencia sobre la coordinadora del grupo, de su condición de médico, para no distorsionar los discursos.

El local de la reunión también debe cumplir unas condiciones de tipo técnico. Debe ser un lugar agradable, sin ruido, con asientos de forma que no determinen preeminencia en el diálogo. Pero además, debe cumplir unas condiciones simbólicas en cuanto a estar separado de la vida real de los participantes y que no suponga contradicciones con los valores simbólicos del grupo. Se celebraron las reuniones en dos pequeñas salas alquiladas a la editorial Bruño que cumplían los requisitos citados y gozaban de acceso fácil y buena comunicación con transporte público.

Para iniciar la reunión el moderador no debe hablar con los participantes previamente a la misma. En este caso la moderadora tenía un breve contacto, de saludo, para recibir a los participantes, dejándolos en la sala de reuniones, solos, hasta completar el grupo o hasta alcanzar la hora estimada de inicio. Se colocaba en el centro de la mesa un magnetófono que grababa toda la reunión. Una vez empezada, el moderador explicaba brevemente los objetivos de la investigación y la dinámica de la reunión, así como el sentido de su presencia.

El moderador del grupo es el representante del superyo social.

El moderador no puede introducir juicios de valor sobre el tema, ha de adaptar el lenguaje a las características del grupo y tiene que mantener su autoridad moral. El moderador que convoca al grupo y provoca el tema de discusión, domina sobre el grupo pues le asigna el espacio y le limita el tiempo. La moderadora, aquí, intervenía lo menos posible, pero en ocasiones se hacía necesario cuando el grupo callaba, cuando se derivaba hacia otro tema o cuando aparecía un líder natural que monopolizaba la discusión.

En el grupo hay un proyecto de discusión socializada, donde por medio de rodeos, acuerdos y negociaciones hay búsqueda de visiones compartidas; por tanto, se opera a partir de un conocimiento preconsciente. Sus miembros no responden a preguntas, sino que se reconocen en esquemas interpretativos en la elaboración de significados. El orden discursivo es un orden construido a partir del desorden de la conversación (Ibáñez, 1994).

La armonización, reducción de ruidos comunicacionales, de disonancias cognitivas y hasta de enfrentamientos emocionales dentro del grupo como proceso auto-organizativo del propio grupo, es lo que hace que este pueda llegar a puntos consensuados total o parcialmente. El consenso, facilitado por el coordinador que hace posible la libertad discursiva, significa la utilización de las diferencias para encontrar un equilibrio dinámico de nivel superior.

La función simbólica en el grupo aparece como una propiedad emergente de una red compleja de elementos históricos, lingüísticos, sociales, culturales, que se combinan y se precipitan en formaciones caóticas. La función simbólica opera por condensación y connotación.

“Un símbolo supera siempre a quien lo emplea y le hace decir en realidad más de lo que cree expresar” Albert Camus (1981).

El discurso completo se graba magnetofónicamente y se transcribe mecanográficamente.

Pero el discurso tiene que ser analizado e interpretado. Al interpretar, siguiendo a Ibáñez, el investigador capta el sentido oculto. Interpretando pone en juego su intuición para captar el sentido de lo que dicen los miembros del grupo y analizando evalúa retrospectivamente sus intuiciones. Luego redacta un informe en el que propone explícita o implícitamente nuevas interpretaciones. Toda interpretación da razón, tanto de la situación que la provoca, como de la psicopatología de quien la hace, especialmente durante la discusión en el grupo, pero también luego en el despacho durante el análisis (Ibáñez, 1981).

Es este trabajo el investigador no busca, encuentra. No sabe lo que tiene que encontrar, por eso tiene que estar a la escucha de respuestas a preguntas que no han sido formuladas. La interpretación y análisis de un discurso es obra de un sujeto.

En el presente estudio se ha llevado a cabo el análisis identificando imágenes y representaciones para cada objetivo propuesto, además de buscar las diferencias ideológicas que por edad, sexo o estrato social puedan hallarse. Con ellas se interpreta el sentido de lo analizado y se elaboran conjuntamente resultados e interpretación como producto obtenido.

Como toda investigación, la llevada a cabo sobre la relación clínica en Atención Primaria, es una forma de aproximación a aspectos parciales de una totalidad social que la desborda. En este estudio se hace desde la perspectiva del paciente, buscando las dimensiones subjetivas que la condicionan.

La interpretación de esa compleja realidad que se intenta analizar esta sometida a un juego de fuerzas y contradicciones estructurales, inconscientes a veces para los propios actores sociales. Se intentan integrar variables biomédicas, culturales y sociales, todas ellas con muchas piezas del complicado rompecabezas que constituye el tema estudiado y que, a su vez, es solo una parte de un rompecabezas mucho más amplio.

4.2. Diseño y desarrollo de la investigación.

Las variables de configuración que constituyen los grupos tienen en cuenta los siguientes aspectos:

1. Personas españolas atendidas en Atención Primaria. No se han incluido personas de otras etnias o culturas que serían objeto de otro estudio.
2. Edad: Se han formado los grupos atendiendo a los ciclos vitales (Neugarten, 1999). Aunque en realidad no existe una separación tan clara entre dichas etapas o ciclos vitales, se realiza esta división sobre la base de los patrones y experiencias de desarrollo específico que comparten personas en cada ciclo vital (Brummel-Smith, 1997). Así se han considerado los siguientes grupos:
 - 14-18 años: Adolescencia. Búsqueda de una identidad personal, cambios físicos, desarrollo de la propia identidad sexual, comienza la separación de la familia y la dependencia de los miembros del grupo en cuanto a refuerzo y formulación de planes.
 - 18-30 años: Adultos jóvenes. Preocupación por el dominio de su vida, búsqueda de la pareja y adaptación a la pareja y a la nueva familia. Establecimiento de una profesión.
 - 30-45 años: Edad media. Se ha producido la consolidación del papel social y ocupacional del individuo, hay mayor estabilidad económica y realizaciones intelectuales.
 - 45-65 años. Madurez. Preocupación por cuales han de ser las metas apropiadas para la vida. Desarrollo de nuevos retos para reemplazar a los ya alcanzados. En la mujer es la época de la menopausia. Se produce

abandono del hogar por parte de los hijos. Preocupación por el envejecimiento.

- 65-75 años: Jubilación. Es el grupo más diverso desde el punto de vista biológico y social. Cambios en el propio organismo y en la familia. Se suele hacer inventario de la vida. Pérdidas de capacidad física, de reserva funcional y de seres queridos. Miedo a depender de los demás.
- Mayores de 75: Deterioro cognitivo, limitaciones físicas, deterioro de la imagen social. Aumenta el grado de dependencia. Soledad. Proximidad de la muerte. Aceptación o rechazo de la propia vida.

3. Sexo: Según aportan estudios antropológicos, hombres y mujeres desempeñan un papel social bien diferenciado en cuanto al proceso salud / enfermedad.
4. Hábitat: El estudio se realiza en Madrid, con población española que reside en la zona urbana y periurbana.
5. Nivel socio-cultural: Para identificar las diferencias ideológicas según el nivel educacional y económico en cuanto a contenido y desarrollo de la relación clínica en Atención Primaria. Se han considerado un nivel medio-bajo que incluye trabajadores de los servicios, no propietarios, sin titulación universitaria; y un nivel sociocultural medio-alto donde se encontrarían profesionales, directivos y/o industriales, propietarios de los medios de producción, con titulación universitaria superior o media (Sánchez Miret, 1997).
6. Estado de salud: Se incluyen en el estudio a todas las personas que acuden a atención primaria, independientemente de su estado de salud. Se incluirán por lo tanto personas con enfermedades crónicas, con disfunciones, frecuentadoras de las consultas o no.

7. Estabilidad en la relación con el médico de atención primaria: Se han formado grupos con personas que mantienen una relación estable con su médico de cabecera, entendida esta como la mantenida por un periodo igual o superior a cinco años. Otros grupos se han llevado a cabo con personas que mantienen una relación más inestable y cambiante con distintos médicos de cabecera, bien por razones de cambio de domicilio, o por insatisfacción con los médicos conocidos. Sin embargo en algunos grupos no se ha podido realizar esta separación y los participantes pertenecían a ambas categorías dentro del mismo grupo (G2, G3, G5).

En total se han realizado 12 grupos con 4-8 participantes cada uno, una duración aproximada de noventa minutos. Se han realizado entre los meses de septiembre de 2000 a mayo de 2001 y atendiendo las variables señaladas de han distribuido de la siguiente forma:

- G1.- Seis mujeres de 14 a 18 años, estudiantes, padres titulados medios o superiores. Relación con el médico de cabecera inferior a cinco años.
- G2.- Cuatro hombres, entre 14 y 18 años, estudiantes, con nivel socio-cultural medio-bajo y relación con el médico de cabecera durante un tiempo variable.
- G3.- Siete mujeres de 19 a 30 años, nivel socio-cultural medio-bajo y relación durante un tiempo variable con el médico de cabecera.
- G4.- Siete hombres, entre 19 y 30 años, con nivel socio-cultural medio-alto y relación con el médico de cabecera por un tiempo inferior a cinco años.
- G5.- Cuatro mujeres, de 31 a 45 años, nivel socio-cultural medio-alto y tiempo de relación variable con el médico de cabecera.
- G6.- Seis hombres de 31 a 45 años, nivel socio-cultural medio-bajo y tiempo de relación con el médico de cabecera inferior a cinco años.

- G7.- Ocho mujeres de 45 a 65 años, nivel socio-cultural medio-bajo y relación con el médico de cabecera por un periodo superior a cinco años.

- G8.- Ocho hombres, entre 45-65 años, nivel socio-cultural medio-alto y con una relación con el médico de cabecera variable en el tiempo.

- G9.- Seis mujeres, entre 65 y 75 años, nivel socio-cultural medio-alto y relación con el médico de cabecera por un plazo inferior a cinco años.

- G10.- Seis hombres de 65 a 75 años, nivel socio-cultural medio bajo, y relación mantenida con el médico de cabecera por un plazo superior a cinco años.

- G11.- Seis mujeres mayores de 75 años, nivel socio-cultural medio- alto y permanencia con el médico de cabecera por un tiempo superior a cinco años.

- G12.- Siete hombres mayores de 75 años, nivel socio-cultural medio-bajo y relación con el médico de cabecera durante menos de cinco años.

Los grupos citados quedan resumidos en la Tabla I.

Desde Mayo de 2001 a Diciembre de 2002 se ha llevado a cabo el análisis del discurso, su interpretación y la elaboración del presente trabajo.

Tabla I

14-18 años	19-30 años	31-45 años	46-65 años	65-75 años	+ 75 años
G1 Mujeres 6 participantes (-) 5 años Nivel Cultural: M-A	G3 Mujeres 7 participantes (+)(-) 5 años Nivel cultural: M-B.	G5 Mujeres 4 participantes (+)(-) 5 años Nivel cultural: M-A	G7 Mujeres 8 participantes (+) 5 años Nivel cultural: M-B	G9 Mujeres 6 participantes (-) 5 años Nivel cultural: M-A	G11 Mujeres 6 participantes (+) 5 años Nivel cultural: M-A
G2 Hombres 4 participantes (+)(-) 5 años Nivel cultural M-B	G4 Hombres 7 participantes (-) 5 años Nivel cultural: M-A	G6 Hombres 6 participantes (-) 5 años Nivel cultural: M-B	G8 Hombres 8 participantes (+)(-) 5 años Nivel cultural: M-A	G10 Hombres 6 participantes (+) 5 años Nivel cultural: M-B	G12 Hombres 7 participantes (-) 5 años Nivel cultural:M-B

5. RESULTADOS

El estudio realizado busca las claves de conformación de la relación médico-paciente en el hombre/mujer urbano y periurbano actual. Para ello, se han dividido los resultados en dos partes.

En la primera parte se analizan las concepciones predominantes del proceso Salud/ Padecimiento/ Enfermedad (S/P/E). Este análisis previo ayuda a configurar un marco de referencia de la relación clínica en Atención Primaria (AP).

En la segunda parte se analizan los distintos aspectos de la relación médico-paciente desde el antropológico, al más personal, pasando por el aspecto social. Se han buscado elementos diferenciales de los biosocioestratos estudiados que permitan la progresiva adaptación de la Atención Primaria a las necesidades reales de la población que atiende.

En el estudio se ha elegido la denominación de paciente (P) para el agente participante en la relación porque parece que es el término que mejor define al sujeto que acude al médico de cabecera. Ha existido una importante controversia sobre como llamar al individuo que acude al Sistema Sanitario. Enfermo, consumidor, cliente o usuario no reflejan, mayoritariamente, la relación que se establece entre la persona que consulta y el médico.

Paciente que etimológicamente procede del latín (*patiens-entis part act de pati-padecer*) se define en el Diccionario de la Lengua Española: Se dice del sujeto que recibe o padece la acción del agente. En este sentido es el término elegido para nombrar a la persona que acude al médico de atención primaria. Gracia (1992) cree inadecuado el término paciente porque coloca a la persona que acude al médico en un papel pasivo, porque refleja la relación vertical, asimétrica y paternalista. Sin embargo, parece que refleja mejor la posición de la persona consultante que cualquiera de las otras opciones.

Se ha denominado médico de cabecera (MC) en lugar de médico de familia que sería la denominación correcta del especialista en AP por dos motivos. El primero, porque es el

término mas utilizado en la población estudiada al referirse al médico de Atención Primaria. El segundo motivo es que no se analiza la cualificación académica del médico, sino una forma de trabajo llevada a cabo por el profesional médico en el ámbito de la AP. Reconocimiento de la población y titulación no siempre van paralelos. Por ello, en un trabajo centrado en la visión de la población, se ha querido dar protagonismo a la percepción de la población sobre ese profesional con el que se relaciona.

Por último, cuando se haga referencia a la relación médico-paciente, se va a utilizar Paciente-Médico de cabecera (P-MC) que refleja la prioridad de la perspectiva del paciente en el presente estudio.

5.1 REPRESENTACIÓN DEL PROCESO SALUD/PADECIMIENTO/ENFERMEDAD

La relación clínica que se establece entre el paciente y el médico de cabecera tiene como motivo y fin tratar sobre la salud y/o enfermedad. Es difícil por ello, comprender esa relación sin hacer una aproximación al significado que los conceptos salud y enfermedad tienen para los actores sociales.

La presente investigación busca el significado de la relación clínica desde el punto de vista del paciente, sus percepciones, sus sentimientos. Así, aparece en la investigación un paso intermedio entre la salud y la enfermedad: el PADECIMIENTO. Este paso intermedio en el proceso salud /enfermedad parece marcar un punto de inflexión cuando se analiza la relación clínica con el médico de cabecera (MC).

Cuando se habla de padecimiento, se habla de un concepto precientífico. Es la percepción que la población tiene de su malestar, dentro de su entorno, cargada de subjetividad. Es un concepto aportado por la Antropología, que al buscar perspectivas

poblacionales aparece reiteradamente. No siempre se nombra en la población estudiada como padecimiento, pero se hace continua referencia al concepto, como dolencia, malestar, achaque...

El proceso Salud/Padecimiento/Enfermedad es un proceso relativo a la cultura, al medio social donde se desarrolla. Son conceptos que cambian en el tiempo y que han sufrido profundas transformaciones en los últimos años. La relación clínica es un factor más que contribuye a esos cambios.

Se van a ir desgranando los puntos clave que aparecen en el discurso y que ayuden a comprender esas claves de conformación de la relación clínica.

5.1.1. Salud: Concepto ambiguo y valor central

5.1.1.1. Indefinición del concepto salud:

Al comenzar los grupos de discusión se lanzaba, por parte del coordinador del grupo, un impulso inicial que invitaba a hablar del significado de los términos salud y enfermedad. Se observa una gran dificultad para concretar el significado de salud, compartida por todos los grupos. Incluso en el segmento de varones de edad media (G6 y G8) no se llega a realizar una aproximación al término, no hay ni siquiera un intento de definir explícitamente lo que la salud significa.

Parece que es difícil concretar lo que significa el término salud para el colectivo urbano analizado.

“Estar sano es muy relativo, yo veo más concreto lo de estar enfermo” G1

“Pues... no sé, estar sano significa poder hacer tu vida normal.” G3

“ La salud así, estar sano es utópico y quizás nunca se va a alcanzar estar sano completamente”G4

“...Y sentirme *sana, pues me siento sana relativamente porque no me siento psíquicamente como me sentía antes de haber padecido la enfermedad (refiriéndose a una depresión)*” G5

”... Ahora mismo yo no tengo (salud) aunque se me ve así físicamente que me *arreglo y todo eso, pero la proesión va por dentro, porque tengo artrosis y ahora mismo una cosa de rehabilitación de parafina...*” G7

El concepto salud es un sentimiento ambiguo, personal, en relación con lo que cada uno considera como apropiado para seguir con su vida. El mismo problema puede ser vivido como tal o no para distintas personas, incluso puede cambiar su valoración para la misma persona en distintos momentos vitales.

5.1.1.2. Salud valor central para el hombre y mujer urbanos.

La dificultad observada en el individuo urbano para definir el concepto salud, contrasta con el interés general en todos los grupos por la salud. En nuestro medio la salud no es un hecho que lleva asociado valores, sino es un valor. **EL VALOR SALUD** trasciende la racionalidad y va estrechamente unido al sentido de la vida del hombre urbano. Cada persona define su salud en función de su personalidad, de sus actitudes, creencias, visión del mundo que le rodea. La idea de salud encierra una construcción ideal en la que están presentes la dimensión biológica y la dimensión moral.

Proyecto personal, salud y felicidad del hombre/ mujer urbanos se encuentran unidos, entrelazados, a veces desdibujados y siempre presentes cuando se aborda el tema S/P/E.

“Estar sano es encontrarse bien consigo mismo y tener energías vitales...” G3

“...yo creo que la salud es lo más importante de la vida de una persona, es lo primero.” G4

“Bueno yo empiezo que para mi lo más importante es la salud para todo, *porque pienso que teniendo salud tenemos trabajo y de cualquier manera puedes tener todo, yo pienso que es todo, la felicidad.*” G7

El estudio abarca una sociedad plural, donde la salud aparece como uno de esos valores que los actores sociales ponen en un lugar central en su escala de valores. La salud trasciende el aquí y ahora para convertirse en una construcción utópica. En el valor salud no solo está la realidad presente, sino el pasado con sus luces y sombras y el futuro incierto.

La **salud** pasa de hecho a utopía, a **BIEN SUPERIOR** en todos los grupos. En la vida social del hombre urbano y la salud pasa a transformarse en un **VALOR CENTRAL**.

5.1.1.3. Salud valor individual:

Para el individuo urbano y periurbano el valor salud constituye un sentimiento subjetivo que cada uno define como lo que considera adecuado para realizarse como persona en la sociedad en que se encuentra inmerso y en cada momento. En ese **VALOR SALUD INDIVIDUAL** va a condicionar los hechos que conducen a las metas vitales de la persona. Es el sentido que el individuo da al concepto salud, el motor que va a poner en marcha las acciones que lleve a cabo en torno a la misma.

Cuando en los grupos se habla de salud, se habla de **MI SALUD**, en primera persona, con un sentido de identidad y apropiación personal. No aparece en el individuo urbano y

periurbano un sentido comunitario del término. Salud se convierte aquí en un sentimiento individual y profundo.

“Puedes estar enfermo por una enfermedad muy normal pero encontrarte tú muy sano” G1

La salud como BIEN SUPERIOR es compartida por todos los actores sociales. La salud como Valor Individual tiene aportaciones personales, racionales e irracionales que no son compartidas. Las metas de finalidad de cada individuo van a marcar los hechos que cada persona lleva a cabo en torno a la salud.

El concepto salud se construye con la razón, pero no es un concepto objetivo. Es un concepto cargado de valores morales. Es el sentido que el individuo da a la salud, el motor de las acciones que llevará a cabo entorno a la misma.

5.1.2. Salud/padecimiento señas de identidad de la Atención Primaria.

Si el concepto salud es un concepto difícil de definir, aparece como campo de acción del MC otro término, el del padecimiento, tan complejo como el anterior. Todos los grupos reconocen como específico del médico de Atención Primaria problemas banales, cotidianos, consejos sobre salud, orientación, actividades preventivas. Son las actividades reconocidas dentro del campo de la relación clínica.

Aparecen, asimismo, un amplio conjunto de patologías crónicas, degenerativas, disfuncionales, pluripatologías que se podrían englobar bajo la palabra y concepto de padecimiento. El padecimiento es un término impreciso que incluye una vivencia de malestar

dentro del propio entorno, donde el MC se convierte en “especialista”. Es el terreno valorado como específico para el MC.

“El problema, yo creo, es que la medicina hoy en día esta encaminada a curar, no a *prevenir; entonces la medicina natural actúa sobre todo para prevenir, y eso es lo que echo en falta*, que un médico de cabecera, a parte de curarte te dé consejos de prevención...” G4

“Yo es al primero que acudo: si tengo un catarro, al médico de cabecera, me duelen los ojos, al médico de cabecera, tengo que hacerme un análisis, pues voy allí...” G5

“-Los primarios pues para un simple catarro, un simple dolorcito.

-Cosas leves, unas fiebres.

-Para los críos que les da una fiebre, que luego hacen lo que tú, porque ya estas acostumbrado y les das sus bañitos, y les das todo; pero de ahí que no te saquen a cosas que sean ya un poquito mas serias, cosas serias tienes que irte directamente al hospital.” G6

“El médico de cabecera solo te atiende para las cosas que son, como tu decías antes, no se como lo has dicho... ¿ausencia de salud?... El resto te manda al especialista” G8

“Hay enfermedades que no son tales, que incluso siendo tales la ayuda de una persona que te trate y te diga: Pues eso no es nada...” G9

El padecimiento como vivencia compleja que incluye cuerpo, mente, espíritu, entorno, lo racional y lo no racional, es, en la mayoría de los casos, manejado en el entorno próximo. Ese padecimiento subjetivo, íntimo, con significado para el individuo y que produce sufrimiento busca apoyo en la red primaria. Es la mujer dentro de esa red primaria la que protagoniza la atención a la salud y padecimiento. Los roles femeninos relacionados con el

cuidado, con lo emocional llevan a tomar un papel relevante en la autoatención y autocuidado propios y de su familia.

“Yo es mi madre la que hace de médico...” G1

“*Que normalmente te tomas los medicamentos y eso... vamos, por lo que yo hago y la gente que conozco y luego ya vas al médico, cuando ya ves, si no se te cura lo que sea...*” G3

“*Normalmente si es algo que veo que es leve se lo digo a mi madre e intentamos cortarlo lo antes posible. Si es un catarro, por ejemplo, pues una aspirina, procurar no coger frío y eso; y si no, voy al médico.*” G2

“*¡Pues hija! Te pones un poco de leche con miel, te pones en la cama y al día siguiente, si te ha subido la fiebre o te encuentras peor, pues ya vete (al médico)*” G3

Cuando el individuo y su red primaria se encuentran debilitados o incapacitados para manejar el cuidado de la salud y el apoyo al padecimiento, el individuo siente fragilidad y vulnerabilidad. La identidad individual se siente amenazada y recurre a la ayuda externa a su red primaria.

“ Es que muchas veces piensas que con el hecho de ir al médico ya te van a sacar *algo, cualquier cosa, por mínima que sea. Yo creo que muchas veces es el miedo que tiene la gente...*” G3

“*Al médico, yo creo que lo que pasa es que vas con miedo siempre. La mayoría de los casos, cuando tu vas al médico vas con miedo a que te diga que tienes una enfermedad*

más grave de lo que piensas, que te recete o te implique hacia una vida que no quieres llevar...” G4

5.1.3. Enfermedad como interpretación racional del padecimiento.

Si el padecimiento da sentido a la existencia de la AP en el medio urbano, la enfermedad es la razón de ser del Sistema Sanitario. En todos los grupos se busca concretar o descartar la enfermedad. La transformación de padecimiento en enfermedad supone la racionalización de un sentimiento íntimo y subjetivo en una experiencia compartida y objetiva. Cuando el padecimiento amenaza la identidad individual y/o colectiva necesita proyectarse fuera de la persona y busca transformarse en enfermedad.

El padecimiento transformado en enfermedad se nombra y al nombrarlo pasa a convertirse en una entidad nosológica conocida por la “MADRE CIENCIA”. Para el hombre y mujer urbanos la ciencia tiene una categoría de Omnipotencia. Se crea el espejismo de que la Ciencia puede dominar la enfermedad.

“...y ha llegado y ha empezado a hacerle pruebas y a los tres días ha dicho: Oye mira, lo que tienes es esto. Y aún así le siguen haciendo pruebas por si fuese algo más. Pero bueno, ya por lo menos le han dado un diagnóstico acertado. Sin preocupación este señor se ha ido a pasar sus vacaciones a casa y tiene que volver el día 7 al hospital, porque tienen que seguir haciendo pruebas...” G3

“Si, yo digo que si no hay medicina convencional la gente se muere más rápido y en peores condiciones”. G4

Se tiende de forma general a la explicación racional del padecimiento que permite conocer sus causas, detectarla por medios técnicos y tratarla de manera eficaz.

Cuando se acude al médico se busca encontrar la enfermedad que produce el malestar.

El proceso de racionalización del padecimiento con las características diferenciales del padecimiento y la enfermedad quedan resumidas en la figura 1.

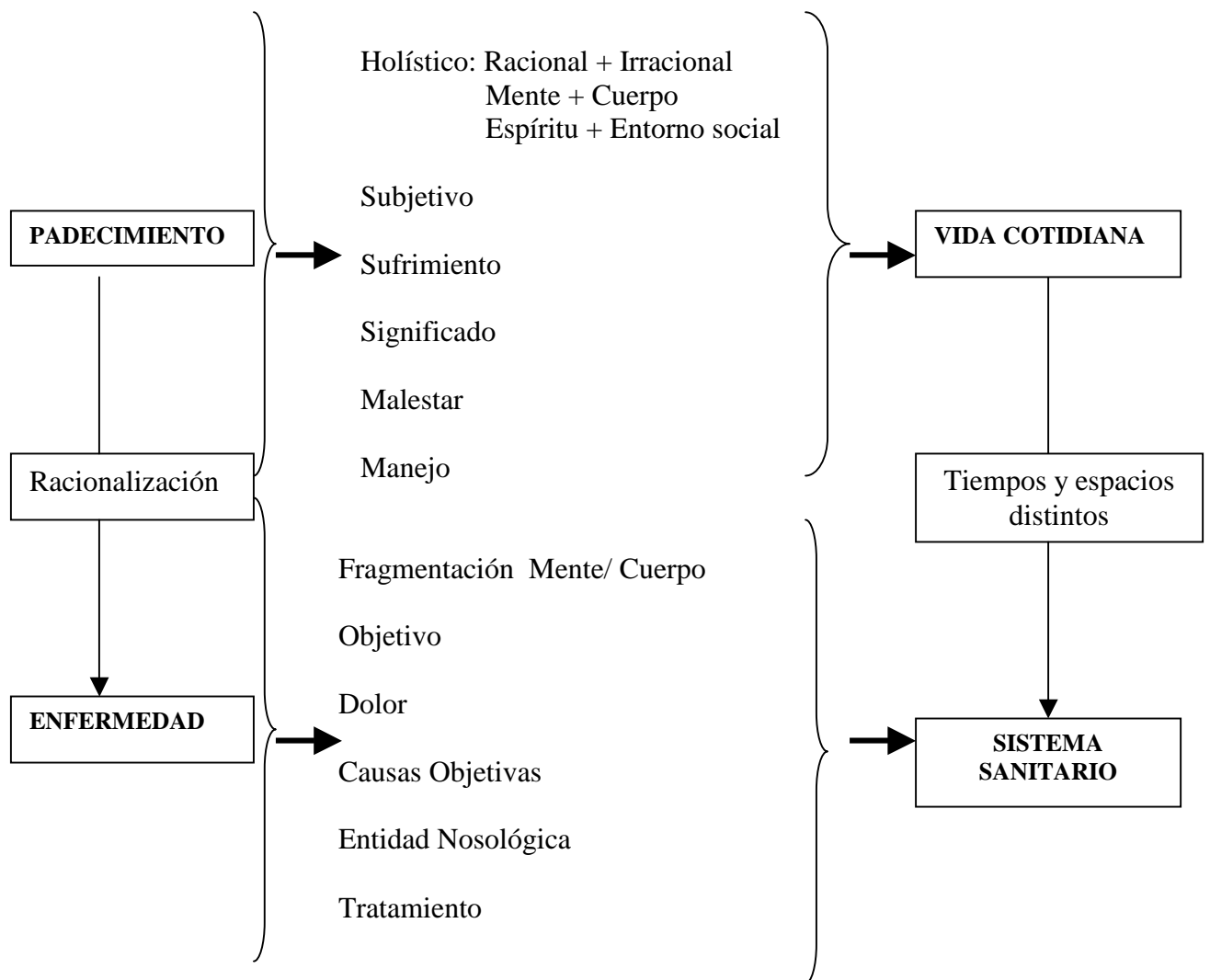


Figura 1. Características diferenciales del padecimiento y la enfermedad con los tiempos y espacios específicos dentro del entorno social.

Hay una continua retroalimentación entre padecimiento y enfermedad a través de la interacción entre la población y los profesionales. Son términos que se relacionan, influyen mutuamente para su construcción, pero nunca llegan a equipararse.

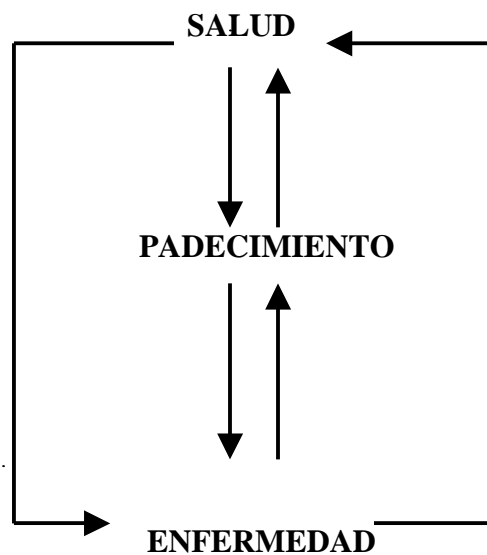


Figura 2. Posibilidades evolutivas del proceso Salud/Padecimiento/Enfermedad

El padecimiento que amenaza la identidad individual acude a un agente externo a su red primaria.

“Eso es lo que entiendo yo por estar enfermo, que tienes que tener una persona, un *médico, psicólogo o psiquiatra que te sepa llevar o te pueda decir por qué te están pasando esas cosas, te dé una medicación, no digo la varita mágica, pero bueno...*” G5

El paso a enfermedad supone, además, un sentimiento de amenaza a la identidad colectiva. Categorizar el padecimiento dentro de una entidad nosológica conocida le concede un crédito social que modifica la valoración de su entorno e incluso, puede incapacitar a la persona para continuar con el ritmo de la vida social.

“... y si tu puedes trabajar, mientras tu puedas seguir *realizando tu trabajo, la gente cree que se siente sana ¿no?...o que esta bien y en cuanto te encuentras que no puedes trabajar por cualquier circunstancia, y un poco como que ya esta dentro de lo es estar enfermo ¿no?.. la imposibilidad de realizar el trabajo diario.*“ G3

5.1.3.1. Represión de los componentes no racionales del padecimiento/enfermedad.

Al racionalizar el padecimiento se elige lo que se quiere hacer explícito y su forma de presentación por parte del paciente. El hombre y mujer urbanos intentan dar carácter de racionalidad a su padecimiento. Es la parte racional del padecimiento lo que se comparte con el médico. Los elementos no racionales aparecen implícitos en la queja pero quedan ocultos o reprimidos.

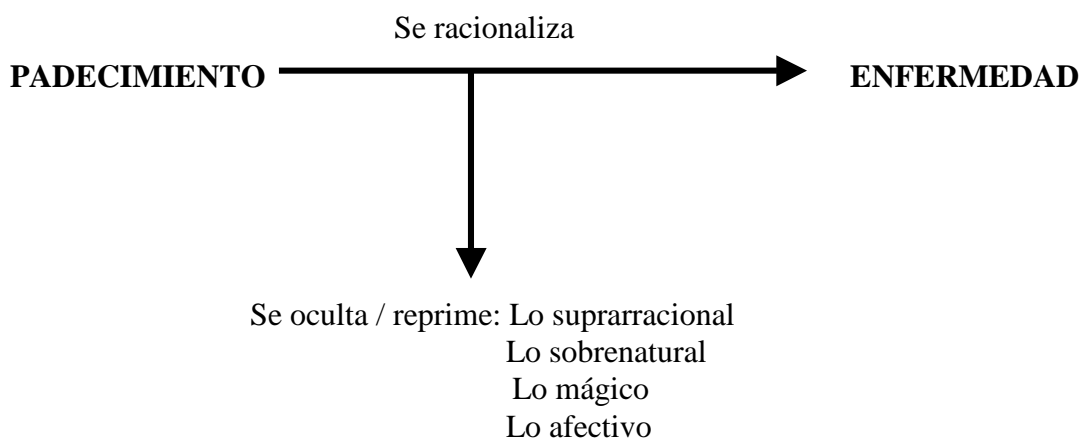


Fig. 3 Elementos no racionales implícitos en el padecimiento y la enfermedad.

Lo relacionado con la magia, lo sobrenatural y lo superrracional se oculta al comunicar el padecimiento al médico, no aparece explícitamente. El hombre urbano del S XXI considera arcaica la interpretación del padecimiento que no sea estrictamente racional. Se reprime lo no racional, que, sin embargo, sigue presente en la queja. Posiblemente por ese motivo la interpretación no racional del padecimiento queda excluida de los discursos, aunque no desaparecida. A veces emerge disfrazada de razonamientos pseudo-racionales en el socioestrato MB.

“...y no le han adivinado lo que tenía...” G3

“*cuando vas y tiene un grano aquí, dice atacar el grano, pero no hay que atacar el grano, hay que atacar de donde procede ese grano que es de donde hay que atacar el mal, porque ahí sigues dejando el resquicio*”. G6

“ Pero digo que yo he estado muy mala, he tenido desde infarto, parálisis como tú dices, pero en una silla de ruedas. Porque yo, a causa de que se me retiró el periodo muy joven he quedado fatal, de los huesos, de las cervicales, todo lo tengo fatal...” G7

“...y mi hermana pesa 53 kgs; cuando se murió el marido le cambió el metabolismo, porque come incluso más que yo...” G7

“Pues yo voy a decir lo mío. Yo como de todo, en buena hora lo digo, voy a tocar madera, no he sido castigado por enfermedades, verdaderamente no las he tenido, pero como de todo y hasta ahora nunca me ha hecho daño nada; lo único que tengo es la ceatiga que me da algunas veces, pero lo demás no tengo nada, ni estoy castigado en medicina, ni estoy castigado en nada.” G10

“...soy jubilado de RENFE y yo ***he practicado mucho deporte de joven, de toda mi vida, no he bebido, no he fumado*** y ***ahora desde tres años que me operaron del corazón no*** puedo hacer nada más que caminar...” G12

El hombre urbano de nuestro tiempo hace una interpretación del padecimiento centrado en la enfermedad. El padecimiento que mezcla ingredientes físicos, psíquicos, espirituales y sociales, pasa a transformarse en enfermedad concreta, con forma de detección determinada, producida por una causa conocida y con un tratamiento eficaz. Así se convierte en algo más confesable y manejable. La enfermedad facilita la comunicación y supone un lenguaje común con los demás.

5.1.3.2. Vigencia de la concepción dualista mente/cuerpo.

El cuerpo convertido en estructura simbólica y moneda de intercambio en la relación clínica en AP es el emergente de malestares profundos. Resulta más fácil para el pensamiento lógico, predominante en el hombre/mujer urbano, comunicar cualquier tipo de padecimiento a través de lo material. Cuando el padecimiento se proyecta fuera del individuo tiende a concretarse en una queja. La queja se suele referir al cuerpo donde se materializan los malestares profundos.

“...lo que tienes que hacer cuando te sientes mal es ir al MC a no ser ***que sea algo urgente que no puede solucionar. Si tú te encuentras que tienes algo en el cuerpo, pides cita, vas a él, le expones tu problema y él te dirá: pues mira, te doy esto. Si es algo leve que él puede solucionar te manda una receta, algo que tienes que hacer para ponerte bien; y, si no, te manda al especialista...***” G2

Lo mental y espiritual mas complicados y desconocidos, más desconcertantes y difíciles de abordar se escapan de lo meramente racional.

Socialmente se asume que lo mental y lo espiritual requieren un tiempo y un espacio distintos, un abordaje por parte de la ciencia, pero independiente del problema del cuerpo.

“...pero toda enfermedad psicológica te hace perder razonamiento y dependiendo si *es neurosis o es psicosis te hace que tu pierdas el juicio dentro de un asunto particular, como puede ser una fobia o una neurosis, o, dentro de lo que es la realidad, que pierdes el sentido de la realidad, que pierdes capacidad de juicio de razonamiento, te vuelves loco.*

...tendrías que ir, o sea, la psicosis es un caso especial que necesita un tratamiento psiquiátrico, eso ya tendría que acudir directamente al psiquiatra, sin ir al psicólogo. Los demás pueden ir al psicólogo...” G2

“La heroína, el síndrome de abstinencia es físico y lo pasas. El *problema es que* necesitas ayuda para sentirte bien, es psicológico” G4

“...También cuando mi padre estuvo enfermo de cáncer, nadie en los dos meses que *estuvo hospitalizado, nadie se dirigió a él un poco para hablarle; él murió engañado, nadie nunca le dijo lo que pasaba, no tuvo dolores. Es lo que echo en falta, un acercamiento no de médicos, sino de mas... en plan psicólogo o humano, decirle al enfermo: llevas aquí 2 meses; ¿qué piensas tú de si te vas a curar?*” G5

“Hay una parte importantísima psicológica, *porque yo he tratado mucho con ancianos, te quiero decir que los ancianos tienen unas enfermedades, que te quiero decir que son limitaciones, pero sin embargo, todos, una mayoría están afectados psicológicamente, o sea, necesitan un psicólogo.*” G9

5.1.3.3. Falta significado al sufrimiento.

El padecimiento es una vivencia próxima para cualquier individuo. Nadie se ve libre de su compañía, ni puede soslayar su presencia. Tiene que ver con el sentido de la vida.

El hombre actual hace una interpretación del proceso P/E sobre tres ejes: accidente, desafío o absurdo. En nuestro medio, el proceso padecimiento/enfermedad es siempre indeseable, amenazante y se debe dominar lo antes posible. El padecimiento, la enfermedad y la muerte se apartan de la escena social en nuestro entorno. No tiene sentido el sufrimiento que el proceso ocasiona. El P/E no se vive como parte del sentido de la identidad personal, aunque forma parte de la vida cotidiana, de la experiencia personal.

¿"Por qué un chico de 26 años que no fuma ni bebe tiene un cáncer de estómago?"

G3

El padecimiento acompaña a la persona durante toda su vida, cambiando los contenidos y la tolerancia. La enfermedad tiende a aumentar con la edad en términos epidemiológicos, pero también su significado es variable en el transcurso del tiempo.

El pensamiento lógico-causal de la ciencia en detrimento de lo espiritual, en nuestro medio, conlleva una ínfima tolerancia al sufrimiento. El hombre urbano entra poco en contacto con sus propios sentimientos, vive con la ilusión de que la ciencia le va a proporcionar esa seguridad que necesita. La inseguridad profunda física, mental y espiritual con la que vive, busca apoyo en la ciencia.

“Empiezas por un dedo y no sabes... fui a urgencias, ¡me echaron una bronca! ...”

G5

“Yo he hablado con mucha gente que ha pasado depresiones y prefieres que incluso te operen de corazón...” G5

En este contexto los problemas vitales como conflictos de pareja, crisis de adolescencia, problemas laborales, y un amplio abanico de malestares y disfunciones son absorbidos por la medicina científica. El padecimiento pasa a enfermedad y recibe ayuda profesional. Las contradicciones y conflictos contenidos en la estructura social de forma simbólica se concretan en enfermedades y pasan a cargo de la “ciencia” y sus representantes.

“...ahora yo veo que incluso con tus amigas, con tu gente, tienen una falta de ayuda que es médica en realidad, porque están enfermas, muchas veces, por la parte de mentalidad, porque te va mal en la vida, porque el marido no se qué, y entonces, ya se ponen malas; pues ahí está el psicólogo que debe ser médico.” G9

La persona urbana/ periurbana que vive en una sociedad muy normativizada, con un estricto control social, fracasa en adaptarse al medio. Cuando no es capaz de mantener su rol social, delega sus competencias, incluso sus propios recursos morales para ponerse en manos de un técnico.

“lo que estropea la sociedad o estropeamos la familia tiene que arreglarlo luego el médico.” G9

5.1.4. Representación social del proceso S/P/E

Se puede decir que el proceso S/ P entendido como sentimiento subjetivo, cultural y socialmente construido, supone la participación activa en el entorno social como persona autónoma.

Los procesos de identidad personal y social van conformando en cada grupo su concepción de salud.

Edad, género y estatus social van a marcar diferencias profundas en ese proceso que condicionan la relación clínica.

5.1.4.1. Representación social por género

5.1.4.1.1. Concepción integral en la mujer.

La experiencia femenina del proceso salud/ padecimiento en el medio analizado, incluye simultáneamente lo físico, lo psíquico, lo emocional y lo relacional. Para la mujer, incluso en los grupos mas jóvenes salud/ padecimiento tienen una concepción integral. Es una experiencia en relación con el equilibrio personal, con la sensación de bienestar. Se habla desde el inicio del discurso en los grupos de mujeres del estado de ánimo al referirse al proceso S/P/E.

Así lo resume en G1 una participante después de explicar lo que es estar sano y enfermo

“... yo creo que es mas bien algo psíquico”

“...yo creo que estar sano es según te encuentres tú, bien o mal, depende del día.

Hay veces que te encuentras mal y no sabes por qué, simplemente estas un poco decaído aunque no tengas ni gripe ni nada de eso.” G1

“... yo creo que la diferencia entre enfermo y sano es que estas enfermo cuando *estas mal, te sientes mal, cuando te duele algo pero no solo del cuerpo de fuera, sino como has dicho tu también, psicológicamente también, que son las dos partes que yo* diferenciaría: cuando te duele algo y cuando te encuentras mal psicológicamente...” G5.

Para la mujer la salud y el padecimiento guardan estrecha relación con la feminidad, sobre todo en lo que se refiere a su virtualidad maternal. Su cuerpo es símbolo de maternidad. En todos los grupos de mujeres jóvenes y de edad media los problemas ginecológicos ocupan el centro de interés en lo que se refiere a las preocupaciones en salud.

“...a lo mejor me preocupa más el estado *así que tenga que ver con la ginecología que a lo mejor con un dolor de cabeza o de rodilla. Entonces son cosas que me corren más prisa, pues para eso sí, prefiero pagar un médico y tenerlo cuando yo quiera.*” G3

Los roles femeninos valorados son los relacionados con el conocimiento de lo íntimo, con el cuidado, y con lo emocional. En su ámbito relacional predomina la afectividad en las relaciones familiares y del grupo de referencia.

“...yo asocio a la mujer con ser sensible...” G1

“...siempre pedir ayuda en la familia, amigos, incluso un psicólogo...” G5

El discurso de la mujer, a partir de los 65 años, tiende a hacerse más vivencial y centrado en la pareja, cuando existe, y en la familia ampliada. Su concepción de salud/padecimiento continúa siendo integral, con tendencia a aproximar el término a la sensación de

bienestar. Las dimensiones afectivas ocupan un primer plano en sus valoraciones. Coincide con lo observado por Conde (1996, 1997).

“...tengo tres nueras que las quiero tanto como a mis hijas *porque se preocupan por mi tanto o más, y los mismos nietos que ya son muy mayores, claro...*” G11

“Antes tú te comunicabas más con la familia, tenías más tiempo para *comunicarte con la familia, para comunicarte con un amigo; ahora no lo tienes y entonces buscas estos grupos* (hablando de la terapia de grupo) *por lo que tú dices, porque lo necesitas.*” G9

5.1.4.1.2 Concepción biomédica para el varón. Fragilización de rol.

Para el varón joven y de edad media los conceptos de salud/ padecimiento son fragmentarios. El proceso salud/ padecimiento para el varón es una noción más próxima a la concepción biomédica y que guarda relación con la ausencia de malestares, especialmente físicos.

“Yo por enfermedad entiendo cualquier causa que te produce un trastorno o *daño y que te impide realizar bien tu actividad diaria y, por salud entiendo que todo lo de tu cuerpo tenga un funcionamiento correcto.*” G2

“Sentirte bien contigo mismo y poder hacer lo que es tu vida normal para hacer lo *que quieres en todo momento, sin ningún tipo de limitación física.*” G4

El discurso del varón sobre la salud/ padecimiento es más analítico, prima la razón abstracta frente a lo afectivo y se centra en gran medida en lo organizativo. En G4, y en

menor medida en G6, gran parte del discurso se centra en la organización sanitaria y la mejor distribución de los recursos disponibles.

“-Hay estamos lo que se decía antes, primero concienciar a la gente de hacer un buen uso de la sanidad, de hacer un buen uso de los medicamentos, de no abusar, de ser consciente de que lo público no es gratis.

- Esto tú sabes que no lo consigues; dices voy al médico a que me recete esto cuando tú sabes que tienes en casa auténticas farmacias.

- No es un problema de concienciación. Un tío que esta metido en la cama de un hospital no es porque es un hipocondríaco. Yo creo que el que tiene una cama de hospital es porque lo necesita, es porque necesita estar hospitalizado y lo que estás diciendo es que se pague dinero de los impuestos públicos a una empresa privada, cosa que es inviable. Eso no se puede hacer.” G4

“ El dinero, los recortes, pero tal vez sea por los recortes de gastos de que el Ministerio, el Gobierno, quien sea, hay mucho recorte de gasto y eso influye en la calidad de la Seguridad Social, porque recortan por todo, están recortando por todo. Vas a hacerte una prueba y te dicen: esto no entra. Pero ¿cómo no entra? Si no entran nada más que unas medicinas, como no te entra esta prueba....” G6

Para el varón es más importante “estar bien” que “sentirse bien”. Estar bien físicamente permite llevar a cabo su rol laboral fuera del hogar y la capacidad de expresar las posibilidades que su organismo encierra. Coincide con lo observado por Conde (1995, 1997).

Así en G4 al hablar del significado de estar sano

“Estar *sano es que no necesites la ayuda de nadie a medio plazo para vivir como* llevas viviendo hasta ahora.” G4

“El cuerpo es fuerte y sabio y sabe lo que tiene que hacer en cada momento. Un dolor de cabeza, me acuesto y que se me pase...” G2

Sin embargo, en los grupos de varones existe una preocupación, que no es central, pero sí recurrente por los problemas “mentales” como elemento perturbador de la salud. “Lo psíquico” emerge en el discurso del varón, incluso en los grupos más jóvenes. Podría representar una fragilización del rol social del hombre urbano actual.

“La enfermedad es todo lo que te causa una pequeña debilidad o un estado en el que *tú no puedes actuar con normalidad, o sea, un estado en el que tú no tienes todas tus condiciones físicas o psíquicas* dispuestas para realizar cualquier actividad.” G2

“Todos sabemos que la enfermedad es quizás la ausencia de salud, no estar sano, *pero también no estamos sanos siempre, es decir, no posemos alcanzar siempre la máxima salud; siempre vamos a tener algún problemilla*, si no es físico, será psíquico...” G4

El rol social del varón fuera del hogar representa culturalmente fuerza y competitividad. La salud le proporciona esa proyección social. El cuerpo del hombre simboliza esa fuerza y poder. Por eso, los malestares relacionados con la mente, si bien se encuentran sobrevolando su presente, se depositan primordialmente en los segmentos sociales que consideran más débiles: mujeres y ancianos. Incluso se cuestiona su existencia.

“... ya basta que la Sanidad Pública *se dedique a subvencionar al hipocondríaco que se quiere tomar diez pastillas diarias, hay determinados medicamentos que se siguen subvencionando, es lógico, y hay otros medicamentos que no y ese dinero puede ser utilizado de forma más eficaz o eficiente* en otras cosas que hacen falta” G4

“Hay una especie de camelo en todo lo que no es cosa grave” G8

Con la edad el concepto de salud/ padecimiento se va haciendo más vivencial, incorporando lo físico y lo psíquico y dimensiones afectivas que son poco relevantes en el discurso en los grupos de jóvenes. Hay una aproximación al concepto femenino de salud/ padecimiento, mas integrador que el del varón joven y de edad media.

“...el médico descubre muchas veces que lo que tu llevas allí no es un problema de *salud*, sino es un problema de ausencia de estabilidad emocional ¿no?...” G8

Se resume lo expuesto en el texto en la tabla 2

HOMBRE	MUJER
Concepción fragmentaria	Concepción integral
Estar bien/mal (posesión)	Sentirse bien/mal (existencia)
Predomina lo físico (lo psíquico como emergente)	Centrado en el equilibrio personal
Cuerpo símbolo de fuerza	Cuerpo símbolo de maternidad

Tabla 2. Representación del proceso S/P/E por género

5.1.4.2. Representación social por socioestrato.

5.1.4.2.1. Socioestrato medio-alto: Autocuidado y prevención.

El segmento social M-A tiende a la personalización y autocontrol en lo que a su salud/padecimiento se refiere. Es el segmento que con mayor profusión va a desarrollar las diferentes facetas del autocuidado (Menéndez, 1991; Vicuña, 1997).

Este segmento realiza una aproximación de la salud a un bien de consumo. Su estatus conlleva una percepción positiva de su salud. Los hechos que se realizan en torno a ella representan un signo más de su estatus.

Se vió que, históricamente, en nuestra cultura occidental se ha fraguado la atención a la enfermedad, no a la salud, con notables diferencias según el estrato social. En nuestro medio, el mantenimiento de la salud guarda estrecha relación con el sistema sanitario y con las posibilidades económicas.

“Hay enfermedades que necesitas dinero para curarte y el que no lo tiene, pues...”

G3

“...las personas que se lo pueden permitir se van a un Sanitas o un Asisa, o una cosa de ese tipo...” G4

“...yo he ido a hospitales privados y a hospitales públicos y desde luego, el hospital privado funciona. Si funciona el privado, no sé por qué no tiene que funcionar el público.”

G6

“...pero la SS hay cosas que no; siempre ha habido una medicina de primer *orden* y de segundo *orden*. *El primer orden para los que tienen dinero y el segundo orden para los que no tenemos dinero, esa es mi opinión de la SS...*” G6

“...pero había un señor allí que estaba fuera de la Seguridad Social, un señor que *está en buena posición, o sea, no es millonario pero bien, y se iba por su cuenta y me dijo que le habían cobrado por no se cuantas sesiones (de radioterapia), no sé si eran veinte, 850.000 pts.;* así que hasta para no morirnos tenemos que tener dinero...” G12

Como bien de consumo, la salud y todo lo que se mueve en torno a ella representa un signo más de estatus social.

En el sector medio-alto las metas de prestigio social alcanzadas son satisfactorias. La seguridad presente que el dinero y la posición social otorgan, hace buscar una seguridad en el futuro. La salud tiene una proyección futura. Es lo que va a retrasar el declive del ser humano, permitiendo seguir realizándose como persona y seguir vivo en el sentido más literal y metafórico. Hay un interés marcado por las actividades preventivas.

“...lo típico, cada cuatro meses vas a hacerle una consulta al médico o la revisión del colegio.” G1

“*El problema yo creo, es que la medicina hoy en día esta encaminada a curar, no a prevenir... Eso echo en falta del médico de cabecera, a parte de curarte, te de consejos de prevención...*” G4

“...ahora te haces el reconocimiento periódicamente o por lo menos te ves el *colesterol, te vas de vez en cuando ¿cómo va esto?, tomas esta alimentación; todo esto va repercutiendo en la salud,* todo esto bajo mi punto de vista es una evolución positiva..” G8

“Yo como realmente también soy viuda, tuve una menopausia sin ningún problema, *nadie me dijo nada y resulta que no iba* (al ginecólogo). *Ahora sin embargo, yo voy todos los años.*” G9

5.1.4.2.2. Socioestrato medio-bajo: Supervivencia y mayor necesidad sentida de ayuda externa.

La salud es la posibilidad de llevar a cabo la actividad diaria, tanto laboral, como doméstica. Es la condición necesaria para continuar con el ejercicio de la vida. En este socioestrato la salud esta relacionada con el momento presente y con la supervivencia.

“... a nivel de una persona, pues encontrarse bien (refiriéndose la salud) lo mismo que tiene las energías suficientes para llevar sus funciones vitales, su trabajo...” G3

“...y si tu puedes trabajar, mientras tu puedas seguir realizando tu trabajo la gente cree que se siente sana ¿no?, o que está bien y en cuanto te encuentras que no puedes trabajar por cualquier circunstancia, ya un poco como que ya estas dentro de lo que es estar enfermo¿no?..la imposibilidad de realizar el trabajo diario.” G 3

*“Bueno, yo empiezo que para mí es lo **más importante la salud para todo, porque** pienso que teniendo salud tenemos trabajo y de cualquier manera puedes tener todo...” G7*

Su rol laboral y social subalterno le hace necesitar salud para mantener su capacidad de trabajo y no quedar excluidos de la sociedad de consumo.

En este socioestrato la salud autopercebida es más precaria, los conocimientos sobre el autocuidado están mas alejados del modelo biomédico. El padecimiento en este segmento de población crea mayor inseguridad y la necesidad sentida de ayuda externa para lo cotidiano.

SOCIOESTRATO MEDIO BAJO	SOCIOESTRATO MEDIO ALTO
Presente	Futuro
Curación	Prevención
Metas prestigio social Alejadas	Metas de prestigio social Próximas
Fragilidad salud autopercebida	Autopercepción positiva de salud
Necesidad de ayuda externa	Mayor autocuidado

Tabla 3. Características de la representación social del proceso S/P/E por socioestrato.

5.1.4.3. Representación social por edad.

5.1.4.3.1. Identificación de la juventud y la salud. Intolerancia al sufrimiento en el joven.

El joven representa la imagen social de salud. La salud para el joven es un estado de la naturaleza, inherente a su condición de joven. Su cuerpo es la representación social de la salud y condensa la potencialidad de la realización personal.

Para el joven la enfermedad es un mal pasajero. Siente que se puede dominar incluso con los propios recursos. El joven suele contar, además, con el apoyo del entorno.

“A mí cuando me duele la cabeza se lo digo a alguien, no directamente me levanto y me tomo Gelocatil. Pero si te encuentras mal por otra cosa, yo me meto en mi habitación, me pongo tres cintas de música y me tumbo. No me duermo, porque nunca consigo dormirme pero me relajo.” G1

Los grupos de jóvenes son los que muestran mayor intolerancia al sufrimiento, respecto a otros segmentos sociales.

“...yo soy muy *quejica, que ante cualquier dolor me diera una píldora mágica y se me quitara enseguida.*” G1

“...si tienes una gripe que parece que es corriente y te empieza a subir un poquitín la *fiebre, notas que te mareas o algo, pues vas a urgencias y punto. Yo lo* haría.” G2

“...si me duele por la mañana la cabeza, por la tarde estoy en el médico y en cuanto me dice: no tienes nada, se me quita hasta el dolor de cabeza.” G3

“... no sé, te duele un brazo o te duele algo y le pides que te dé una medicina. Como *a las dos horas de habértela tomado no te sientas mejor, o te duela el brazo, ya vas a empezar a decir: ¡Qué porquería de médico!, me ha dado algo que no sirve absolutamente para nada. Y yo creo que es un poco lo que nos está pasando a todos, acelerar un poco el* proceso de cura de la enfermedad o del dolor.” G4

5.1.4.3.2. Edad media: Entre la juventud perdida y los logros alcanzados. La enfermedad amenaza la existencia.

En este segmento etario la salud esta en relación con el proyecto vital, dentro de los logros sociales y personales alcanzados. Incluye trabajo, ocio, relaciones.

El cuerpo para el hombre y la mujer de edad media ya no es un cuerpo ideal como el del joven, sino un cuerpo integrado en su vida.

“ Me llamo Santiago, soy piloto de helicópteros y mis *hobbies... Tengo dos hijos y mis hobbies, pues, dedicarme a leer cuando puedo, bicicleta y nadar porque tengo la espalda destrozada.*” G8

La juventud se intenta alargar lo más posible en el tiempo y se procura, para ello, prolongar los valores juveniles como belleza, actividad o utilidad. Aparece, no obstante, un horizonte con problemas de salud, propios o en el entorno. La muerte ya no es una experiencia que resulta ajena, ni muy lejana. Mantener la salud y controlar la enfermedad permiten retrasar el declinar humano y su finitud en el tiempo.

“...antes ibas al médico en cuanto que tenías un dolor que no te podías menear; ibas *al médico con una gripe doble o con tal. Ahora no, ahora te haces el reconocimiento periódicamente, o por lo menos te ves el colesterol, te vas de vez en cuando, ¿Cómo va esto?, tomas esta alimentación, todo esto va repercutiendo en la salud, todo esto, bajo mi punto de vista es una evolución positiva...*” G8

5.1.4.3.3. Pérdida de autonomía y soledad sinónimos de enfermedad en el anciano.

El anciano urbano y periurbano ve la salud como pilar básico de su independencia y autonomía. El cuerpo de este segmento de edad es un cuerpo vivido con su pasado y su presente, con sus limitaciones y sus posibilidades. La frecuencia de enfermedades aumenta y para este bioestrato padecimiento y enfermedad son acompañantes habituales. Se convive con los achaques y con las limitaciones por lo que se tiende a maximizar los propios recursos.

“Me fui recuperando y haciendo yo mismo, porque claro, parte de *la medicina es uno mismo. Si uno se examina un poco, parte de la medicina es una mismo...*” G12

La familia nuclear y los valores sociales predominantes como el individualismo y la utilidad hacen temer al anciano de la necesidad de dependencia. El anciano en su soledad, intenta mantener una identidad estable, coherente ante los padecimientos que van surgiendo con la edad. Mantener la actividad tiene una función simbólica de convertirle en “socialmente vivo”.

“...yo me he tirao 30 años bailando en Pinar del *Rey*. *No es que sea chulería, es que me ha gustado y una cosa que es muy buena para circular la sangre. Yo no estoy enfermo, yo brinco, yo corro, tengo 76 años, no estoy enfermo ni nada; estoy herniao pero no me quiero operar, tengo un braguero. Yo tengo una salud como cualquiera...*” G10

Cuida la propia imagen ante la presencia de dolencias crónicas que van surgiendo. Se tolera el padecimiento siempre que no amenace la autonomía del anciano. La pérdida de autonomía supone la exclusión de la vida social y un sentimiento de soledad profunda.

“...gracias a Dios con una naturaleza de hierro, una salud de hierro... me he *jubilado hace tantísimos años, porque tengo 93, pues entonces mi vida son las conferencias, los conciertos, esas cosas, que eso hace mucho para la salud de una persona mayor... porque claro, a mi edad esa vida y hablarles de esa manera y no decirles ahora que la viuda la llevo dentro, porque por desgracia no he tenido hijos y eso es un estímulo para vivir.*” G11

“A mí me llaman todas las mañanas *mis hijos por teléfono: Mamá ¿cómo estas? ¡Estupendamente! Y ya está. Para que vas a estar me duele aquí, me duele... ¿qué saben ellos lo que me puede doler?...*” G11

El declive personal, junto con el menor apoyo de la red primaria obligan a cuidar la autonomía como el gran tesoro en este segmento. Esa autonomía que permite una vida activa conlleva una autopercepción del estado de salud positiva. Contrasta con la imagen social negativa que lo equipara a enfermo y carga social y a la que se resiste el anciano urbano.

“lo de la tercera edad me pone enferma” G11

Se resumen las características analizadas de la representación del proceso S/P/E por grupos etarios en la tabla 4.

	JUVENTUD	MADUREZ	ANCIANIDAD
SALUD	Estado de la naturaleza	Proyecto vital	Autonomía
CUERPO	Cuerpo ideal	Cuerpo real	Cuerpo vivido
PADECIMIENTO/ ENFERMEDAD	Intolerancia al sufrimiento	Miedo a la pérdida de juventud	Miedo a la pérdida de autonomía

Tabla 4. Representación del proceso S/P/E por edad.

Para concluir esta primera parte se va a esquematizar el significado de los conceptos Salud/Padecimiento/Enfermedad en nuestro entorno cultural. Son conceptos que han

aparecido en el análisis y cuyos significados son compartidos por los actores sociales. Se van a concretar desde la perspectiva antropológica, sociológica y personal. Van a servir como marco de referencia para la segunda parte del trabajo.

	SALUD	PADECIMIENTO	ENFERMEDAD
ANTRÓPOLOGICO	Bien superior	Sufrimiento	Desdicha
SOCIOLOGICO	Integración social	Fragilidad	Amenaza sentimiento identidad colectiva
PERSONAL	Bienestar (proy. personal)	Amenaza sentimiento identidad individual	Proyecta individuo fuera de sí. Recuerda finitud humana

Tabla 5. Significado de salud/padecimiento/enfermedad desde la perspectiva antropológica, social y personal.

5.2. RELACIÓN PACIENTE-MÉDICO DE CABECERA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

5.2.1. Necesidad sentida por el paciente urbano del MC: ¿Qué busca en el MC?

Continuando con el análisis de los textos, se pueden diferenciar tres vertientes diferentes en cuanto a lo que la población urbana y periurbana de Madrid necesita del médico de cabecera: antropológica, sociológica y personal.

5.2.1.1. Vertiente antropológica: Entender y aliviar el padecimiento.

El hombre y mujer urbano/periurbano busca en el MC lo que ha buscado el ser humano a lo largo de la historia, una persona con cualidades especiales que le haga recobrar la salud y pueda restablecer con ello su identidad individual y social.

El padecimiento forma parte de la cotidianidad del individuo. Todos las personas conviven necesariamente con él. Cuando el padecimiento amenaza la propia existencia o amenaza la identidad personal y social se recurre a un agente externo, dotado socialmente de poderes sanadores. En el medio donde se lleva a cabo el estudio, esa persona suele ser el médico. El padecimiento es un interrogante sobre la propia existencia.

*“Pues una persona a la cual a la vez que puedes **confiar en él, te examina y te da el diagnóstico justo; y al propio tiempo, una persona a la que le puedes contar un poco tus problemas y que te pueda echar una mano en el momento. Una persona que en cualquier momento te eche una mano.”** G2*

“Yo creo que *siempre se va un poco asustada (al médico), yo pienso, como hay tanto el tema del cáncer, un tema que incumbe a todos y le puede salir a cualquiera, nadie esta libre, no sé, en cuanto tienes una dolencia que no has tenido antes...*” G3

“...que te miren *porque puedes tener una gripe muy distinta a la otra que ha entrado antes...*” G7

El hombre urbano, racional, que ha hecho desaparecer la magia, los espíritus, la religión de su vida social, necesita comprender SU padecimiento y aliviarlo lo antes posible. Se busca transformar el padecimiento en enfermedad, o lo que es lo mismo, comprender racionalmente el padecimiento. Es la Ciencia y sus representantes los médicos lo que dan comprensión al padecimiento, despeja la incógnita sobre su gravedad, su causa, su tratamiento curativo.

“Yo pretendo que me cure” G2

“El médico ideal es el que me cura” G4

Es por ello que el médico mas prestigiado, el que “más sabe”, el que posee mayor capacidad técnica diagnóstica y curativa sea el mejor valorado. Se prefiere tratar la enfermedad por los especialistas mas cualificados. Son los que tienen a su alcance dispositivos tecnológicos más sofisticados y conocimientos más profundos sobre una materia concreta. La técnica y sus poderes curativos priman al “especialista” frente al MC en el abordaje de la enfermedad.

“...si tienes una reacción alérgica, al de alergia, no vas a ir al de cabecera para que luego te mande. Es más fácil ir al de alergia. Pero si es una cosa sencilla vas primero al de cabecera.” G1

“El médico de cabecera es para si tienes cualquier cosa, una enfermedad leve o lo que sea; vas al médico de cabecera y te receta. Pero si ya es algo grave, algo que ya es de una parte del cuerpo, ya el médico de cabecera te mandaría a un especialista.” G2

“...yo personalmente si iría directamente al Traumatólogo, al Dermatólogo, al que fuera (en lugar del médico de cabecera)” G3

“ Yo voy al ginecólogo y me dice que estoy bien y sabes perfectamente que estas bien.” G3

“...la gente quiere ir al especialista.” G4

“...hoy en día a lo que se tiende es a especialidades, a especialidades por supuesto, o sea, antes el médico se hacia con todo, hoy el médico se especializa...” G9

“Eso es lo que yo creo que el enfermo se cree mas atendido por el especialista que por el médico de cabecera.” G10

“...todos a nuestras edades necesitamos un geriatra, no un médico de cabecera y esa cadena, las especialidades disminuirían y en lugar de tardar un año te tardarían medio o tres o cuatro meses...” G12

El MC al que se atribuye menor capacidad técnica y al que se considera encargado de dolencias frecuentes, sin solución médica definitiva, no lleva a cabo tratamientos espectaculares. El MC atiende problemas autolimitados, mal definidos, de poca gravedad, o más grave que requieren intervención de otros profesionales. También es el encargado de patología crónica, degenerativa sin solución médica definitiva, de procesos terminales, de

patología psicosocial y existencial de difícil abordaje. Es un médico desmitificado dentro del sistema sanitario.

La **desmitificación** del MC como profesional le devalúa en cuanto a su consideración social, pero le concede protagonismo en la dimensión humana. Le sitúa en un plano donde la comunicación interpersonal se facilita. Cuando se habla de padecimiento y no de enfermedad esto se hace necesario.

La comunicación del padecimiento al MC supone compartir una experiencia vital compleja con un representante de la ciencia. La falta de transformación del padecimiento en enfermedad o la falta de solución médica para una enfermedad determinada, exige un abordaje distinto pero tan necesario como el que realizan otros especialistas. El sufrimiento que el padecimiento conlleva deja al hombre y mujer urbanos con sentimiento de frustración y abandono por parte de la Ciencia. Se reclama otro tipo de comprensión y alivio al MC.

“Sobre todo personas mayores que van todos los días, que parecen que lo dan por hecho y dicen: ¡si es que es normal que le duela! ¡Pero hombre!, ayúdale un poco, reconfórtale un poco. Ese señor es que le duele y mañana le va a doler ahí y es que no hay mas remedio, pero, reconfórtale o háblale o mándale algo que le calme...” G6

“...yo creo que el médico de cabecera es la persona que tiene que saber de todo para orientarnos a nosotros y mandarnos en su momento al especialista. Creo que es un eslabón, es un peldaño imprescindible que exista... creo que es la base imprescindible social, que se debe potenciar tanto o más que un especialista... G8

Diferencias por género: La distinta concepción que la salud y padecimiento tienen para los actores sociales según el género van a condicionar la forma de elaborar y entender el padecimiento.

MUJER: La concepción integral de la salud para el género femenino y su papel de cuidadora en el entorno familiar la convierten en emergente de los problemas de su entorno. El padecimiento se vive como un sentimiento complejo en la mujer, donde lo psicológico y lo relacional están presentes. La necesidad de recurrir al sanador externo va a depender de los propios recursos personales y de la red primaria. De forma general, excepto en la mujer joven del status MA se va a requerir la colaboración del médico general para sí misma o para su familia

“...lo de los médicos de familia es una cosa, que yo pienso, que no se puede *organizar un médico de familia como antiguamente, pero algo tiene que haber porque hoy en día la vida esta tan abierta a todo que una persona en la casa (haciendo referencia al MC) puede orientar muchísimo...*” G9

“Yo recurso a mi doctora que es mi paño de lágrimas y además me atiende muy bien...” G11

HOMBRE: Su interés mas en relación con valores externos del hogar, su focalización en el estar bien, su concepción biomédica de la salud va a conllevar una necesidad sentida menor, en general, del médico de cabecera. El padecimiento es vivido por el varón como fragilidad y se suele atribuir a los segmentos de población considerados más débiles. Son mujeres y ancianos los depositarios de la debilidad y para los que se pide ayuda. La ayuda que la propia red primaria no puede o no sabe dar.

“La doctora con mi madre se porta bien... yo con ella no... porque siempre estaba *constipado, como yo sufro mucho de la garganta, dice te tomas dos litros de agua. Y yo la decía, pero Isabel, por favor, mándame algo porque a mí beberme dos litros de agua, a mi no me va a hacer nada, que no, que esto... y, claro, salí discutiendo, no tenía atención ninguna...*”G6

“...luego aquí hay una especie de camelo, bajo mi punto de vista, en todo lo que no *hay cosa grave, como se ha apuntado antes. Si hay un infarto, pues te atienden rápida y maravillosamente...*”G8

Sin embargo, aparece como emergente una preocupación por “lo psíquico” que representaría una fragilización de su rol social, un debilitamiento del poder y fuerza clásicos. No es un elemento central del discurso del varón hasta la edad anciana, pero aparece recurrente en el segmento joven y de edad media.

5.2.1.1.1. El médico de cabecera entre la sanación y la curación.

El sujeto con un padecimiento necesita una acción sanadora, que le haga recobrar la salud perdida. Esta acción sanadora se lleva a cabo por un miembro de la propia comunidad que esta investido de un poder especial. En nuestro medio el sanador clásico de sociedades arcaicas y de los actuales pueblos primitivos, es reemplazado por el médico. El médico es el representante social revestido de poder. Si en los primeros el poder es sobrenatural e incluye magia y religión, en el médico es el poder que la Ciencia otorga. La Ciencia es asumida de forma mítica en nuestro medio.

“...en eso *estoy de acuerdo, que una licencia médica es superfuerte, o sea, es..y más cuando estas jugando con la vida de una persona...*” G3

“El médico *tiene la vida de las personas en la mano*” G9

Se realiza aquí una transformación del sanador clásico. Los poderes del médico concedidos por la ciencia, son poderes relacionados con la técnica y la razón. La acción del médico en el medio urbano analizado tiene relación con la aplicación de remedios que curan las enfermedades. El sanador tradicional es sustituido por un médico que cura enfermedades.

Sanar y curar sufren una disociación en la práctica clínica del MC. El enfermo busca restituir la salud perdida (SANAR), desarrollarse autónomamente como persona. El médico tiende a aplicar los remedios correspondientes a la enfermedad (CURAR).

El paciente acude al médico de cabecera con problemas de salud en los que intervienen, tanto para su formación, como para su resolución causas múltiples, a veces desconocidas, a veces inconscientes, a veces inconfesables desde el punto de vista de los valores sociales vigentes. La mayoría de los padecimientos son manejados dentro de la red primaria. Cuando pasa a manos del técnico, se convierte en una entidad nosológica conocida y “controlada” por la CIENCIA. Adquiere la categoría de enfermedad. Cuando se nombra la enfermedad se hace más soportable, adquiere una función social y de alguna manera controla la angustia.

Se acude al médico de cabecera con un padecimiento. El médico lo transforma en enfermedad para poderlo manejar. La enfermedad se convierte en el principal motivo de encuentro de la relación clínica. La transformación de padecimiento en enfermedad supone un cambio en la concepción del individuo, en la percepción de su dolencia. La reflexión sobre el origen del padecimiento, el porvenir, el dolor, hace sentir al hombre impotente para abordarlo,

sin recursos en su entorno próximo. Ese es el momento de la consulta a un sanador externo. Es aquí donde se reconoce una dimensión distinta del médico de cabecera con respecto a otros especialistas. Es un médico entre la curación y la sanación. No siempre sana el padecimiento, ni cura la enfermedad, pero contribuye a recobrar el sentido, a dar seguridad, a aliviar el dolor y el miedo.

“...para mí veo más médico, y por eso no estoy desmereciendo a nadie, pero veo más médico al médico de cabecera que, por ejemplo a la mujer que me operó de la rodilla, lo veo diferente.” G1

“Más sencillo, no hace falta que te cure... tampoco tiene que ser... o sea, no es perfecto, no te puede curar todo, pero con que te ayude un poco, si te sientes mal y te pone un pelín mejor, pues ya esta.” G4

“...si me duele algo, yo cojo, me bajo al médico y le digo: oye mira, me duele esto, y dice, bueno, pues te tomas esto y ya se me quita la preocupación.” G3

“-¡Hombre! Yo pienso que en la detección del origen de una enfermedad por ejemplo (refiriéndose al papel del MC). Hombre cuando yo enfermé yo no sabía que tenía una depresión, a mí me pasaba que estaba en un estado que no me concentraba, confundía las fechas, no sabía ni en que día vivía, me venían imágenes a la cabeza que no eran la realidad. A mí, mis padres me dijeron, ¡vamos al médico de cabecera! ¡que te vea Consuelo! Y entonces yo fui a Consuelo, me vió Consuelo y me dijo: te voy a mandar al Centro de Salud Mental. Y entonces de alguna forma me hizo una serie de preguntas y detectó que, por lo que hablaba, pues que estaba en una situación que necesitaba ir a un Centro de Salud Mental; y entonces ahí encauzó...” G5

“Hay enfermedades que no son tales, que *incluso siendo tales, la ayuda de una persona que te trate y te diga pues esto no es nada. Si te dice que tienes algo importante, tú te pones en manos de él y te sientes aliviado; y si te dice que no es importante, pues también te quedas aliviada.*” G9

En el manejo del padecimiento y la enfermedad van a participar la red primaria y el sistema sanitario, encontrándose el MC como mediador entre ambos, sin ser el protagonista en ninguno de los casos.

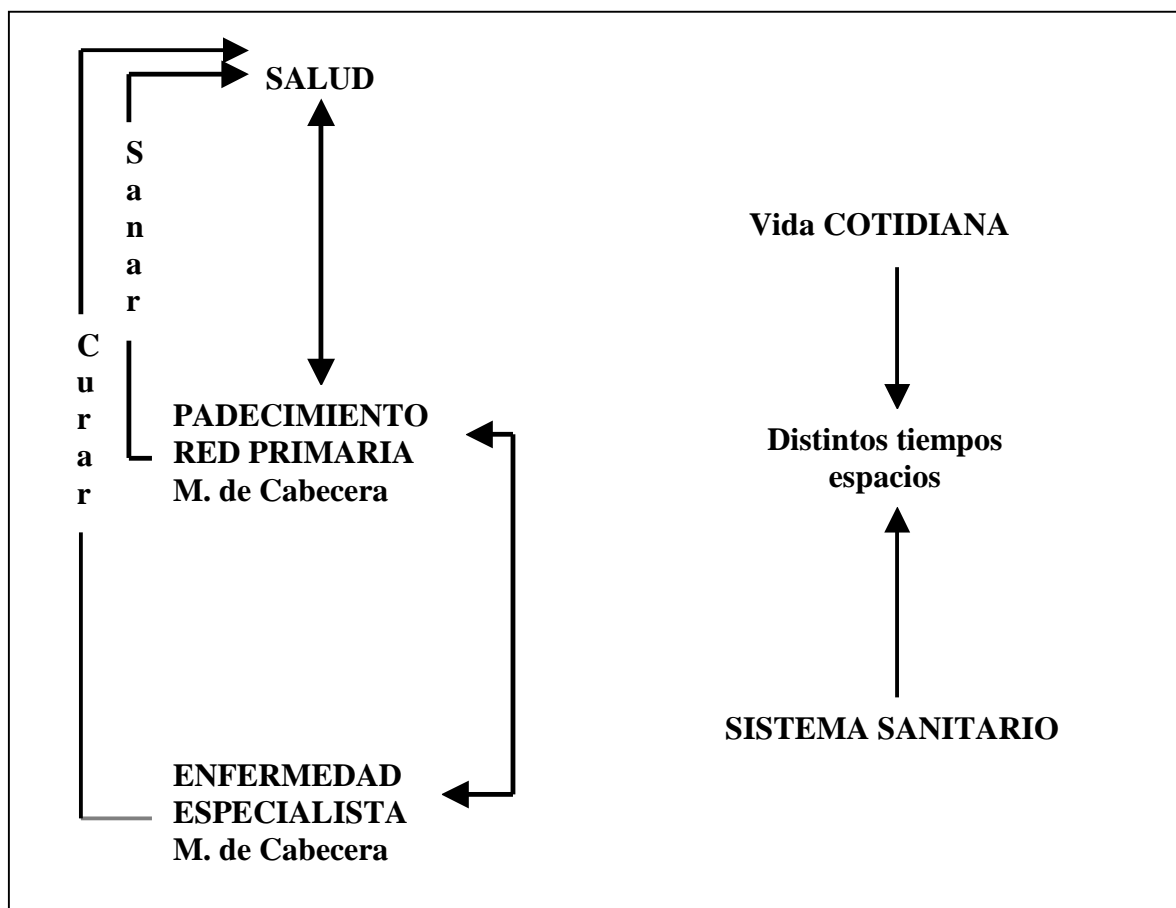


Fig. 4. Papel de los profesionales del Sistema Sanitario en el proceso S/P/E.

No siempre se puede dar el salto del padecimiento a la enfermedad. Cuando el médico no es capaz de encuadrar el padecimiento dentro de una entidad nosológica conocida, es una experiencia acultural. Deja a la persona perpleja, sin argumentos para acreditar la queja. Es también el terreno del médico de cabecera, un terreno pantanoso en un medio tecnificado y racional.

“...para eso están los médicos, para atender a las personas que están enfermas o que piensan que lo están, ¿sabes?...” G3

El terreno sanador reconocido al MC se encuentra en torno al padecimiento, o a la enfermedad sin solución técnica definitiva, que queda transformada en padecimiento, como vivencia de la persona. La curación de la enfermedad es un terreno compartido con otros especialistas, pero no es el específico ni el que le otorga mayor reconocimiento social al MC. Tampoco es el que le otorga su valor y razón de ser.

Cuando el Sistema Sanitario no cumple su función curativa o sanadora se necesita buscar otras opciones que alivien el sufrimiento. La Medicina Alternativa o el Curandero aportan con su “halo mágico”, el apoyo y el alivio al padecimiento manejado de forma frustrante por la Ciencia.

“Es que precisamente es terreno abonado esas medicinas, las otras medicinas (alternativas) es terreno abonado en los enfermos crónicos o enfermos ya sin esperanzas que se agarran a cualquier cosa.” G4

“...yo te lo digo porque yo con mi mayor he pasado muchísimo, y, es más, me tuve que salir de la Seguridad Social y lo tuve que hacer por un médico naturalista; parece

mentira, pero yo no creía en eso, perdona que me salga un poquito del tema, no creía yo en la medicina natural. Ahora yo me gasté un pastón, que no lo tenía pero claro, es tu hijo...”.

G7

En un intento de delimitar los campos de acción reconocidos por la población estudiada para los diferentes sistemas sociales de atención al padecimiento/ enfermedad desde una perspectiva individual o colectiva se van a esquematizar en la figura 5

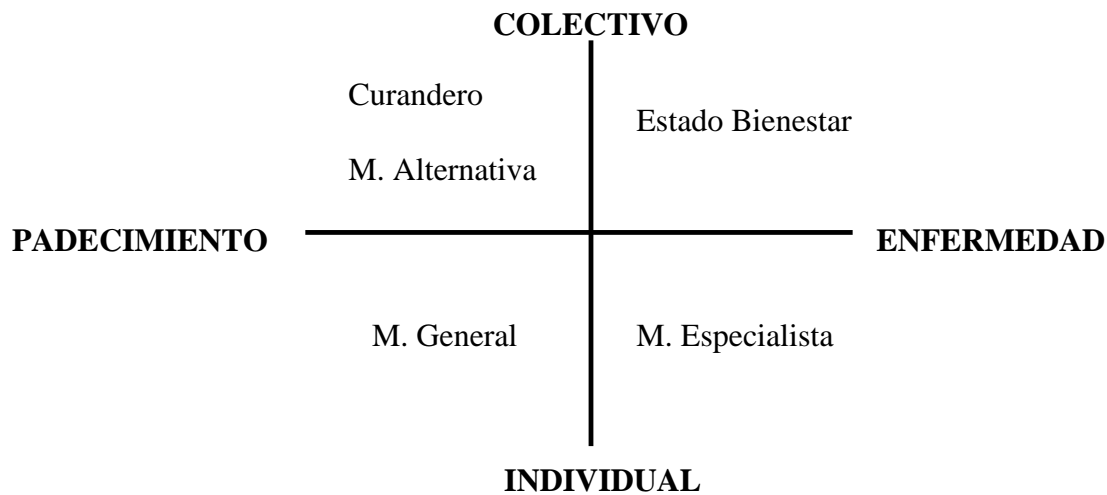


Fig. 5. Competencias asignadas por la población a los distintos componentes sociales para el manejo del padecimiento/enfermedad.

5.2.1.1.2. Sanador del presente para el socioestrato medio-bajo.

Para el socio-estrato medio bajo se reclama el papel de sanador del médico de cabecera. La vulnerabilidad de su rol social, la inseguridad en los propios conocimientos y la falta de recursos en la propia red social, busca ayuda ante padecimientos leves o problemas

surgidos en el entorno familiar y social. El padecimiento hace más vulnerable a la persona, le hace incapaz, o capaz con dificultad, para llevar a cabo su cotidianidad.

En este grupo poblacional la racionalidad científica y la propia se encuentran más alejadas. El padecimiento produce un miedo más indefinido, amenazante, menos comprensible. Se ven fantasmas alrededor. El paciente siente antes la pérdida de control de su propia vida y el sufrimiento que se genera, es compartido por el médico. SE NECESITA UN SANADOR

“...Si la enfermedad es leve lo que hago es decírselo a mi madre y entonces ella dice: ¡pues vamos al médico!, mejor que te examine; y si es algo grave, directamente voy al médico, no hace falta tener que esperar a mi madre...” G2

“...pues tengo fiebre, bueno puede ser por mil cosas, bueno pues antes de decir puede ser por mil cosas, y yo pensar que es una simple gripe y luego vaya a ser otra cosa... o que no sea nada...” G3

*“...mi hija era muy propensa a que se le bajase la tensión. Le pusieron **una vez una inyección** y se quedó que yo pensé que se iba. Y bueno, lo pasamos muy mal pero vino este D. Florencio, no se me olvida, no hizo mas que mirarla, a mí me dijo: **No te preocupes, porque es una bajada muy grande de tensión y la niña enseguida se va a poner bien.** Y ya no te importaba, luego yo ya me confié en él y aunque tenía el médico de la SS, pues ya le pagaba a él, pero es porque parece como si me hubiera dado a mi hija.” G7*

La ciencia a través de su representante, el médico, cumple aquí una función de nivelación social. Se hace más necesario el médico para apoyar la debilidad que surge día a

día. Los males estructurales no se arreglan, pero al menos se alivian o encuentran apoyo a través del médico.

5.2.1.1.3. Sanador del futuro para el socioestrato medio-alto

Para el socio-estrato medio alto la racionalidad científica y propia se encuentran más próximas. Hay menor voluntad de dependencia, mayor individualismo. La información se consigue en la propia red social, en libros, medios de comunicación e Internet.

“ - *¿Se ha automedicado?*

- *No, no se ha automedicado, ha leído libros, ha ido a hablar con gente y ha escuchado consejos, pero ninguno de un doctor.*” G4

“Yo no lo he tratado mucho (*al médico de cabecera*) *porque siempre estoy rodeada de alguien* que conozco que es médico, mi hermana, mi novio, quién sea...” G5

Suele existir una idea del significado del padecimiento previamente establecido, apoyada por otras fuentes de información, y una idea preconcebida de lo que se necesita para resolverlo.

Se recurre al médico de cabecera como orientador profesional, pero no es la única ni la principal fuente de conocimiento para el abordaje del padecimiento. EL MC SE UTILIZA como un recurso más. En general, se prefiere al “Especialista”, “al que más sabe”, al profesional más prestigiado socialmente, como corresponde a su estatus social. El padecimiento no necesita ayuda del médico “menos cualificado”. La ayuda se encuentra a otros niveles.

“...me he hecho unos análisis previamente en la SS, he ido a la *consulta de la doctora de cabecera y he dicho para ponerme a régimen. Y luego me he ido a un endocrino privado y lo he elegido directamente porque yo no uso el médico de cabecera de la sociedad* para nada, sino directamente voy a la especialidad” G5

“...y bueno, *había allí una señorita pequeña, jovencita (refiriéndose al médico de cabecera) con su ordenador: toma datos y eso... dice... ¿tiene usted historial? ¿No?.. Toma datos, me da la tarjeta y cada vez que voy lo mete en el ordenador. He ido pocas veces pero me ha hecho análisis de sangre, me ha mirado el ácido úrico, me ha hecho una radiografía de la columna... Y todo eso lo va anotando...*” G8

El papel del médico de cabecera en este segmento de población está identificado con las actividades preventivas. La prevención supone para el hombre urbano, socialmente bien situado, el control de lo adverso, el retraso del destino humano, la muerte. El presente se puede controlar con los medios de que dispone a su alcance. El futuro conlleva inseguridad, incertidumbre y cierta angustia vital por la certeza de la mortalidad. Existe cierto mito preventivo que proporciona la ilusión y la esperanza de prolongar una vida lo mas plena posible y retrasar la muerte. Para este socioestrato el MC se identifica con el Sanador del futuro

“...aconsejarte para vacunas de la gripe, sobre hepatitis, enfermedades que están en *la calle, que se están multiplicando en una población en un grupo social dado, más que nada para prevenir enfermedades y cosas que se puedan prevenir fácilmente y que pueden ser más difíciles de curar.*” G1

“Yo creo que cambiarnos la mentalidad que tenemos sobre la medicina, porque el *médico de familia lo que hace también es mucha medicina preventiva y educar para la salud; entonces cuando te dan esa serie de instrucciones o de consejos, seguirlos, y es problema de educación también*” G9

5.2.1.2 Vertiente sociológica: Ritual médico. Legitimación del rol de enfermo. En busca del control perdido.

Se ha ido viendo a lo largo del análisis que el MC es identificado con la salud y el padecimiento. También como la queja del padecimiento se suele concretar en el cuerpo que ejerce de realidad simbólica. Cuerpo y expresión verbal son la moneda de cambio en la consulta médica.

Padecimiento/ enfermedad como realidad compleja encierra significaciones simbólicas que van mas allá de los síntomas comunicados. Es el mundo simbólico puesto en marcha por el proceso S/ P/ E el que reclama algo más que un acto técnico. La práctica médica en general, y la AP en particular, ponen en juego un ritual que alivia tensiones generadas por el padecimiento/ enfermedad y mantiene el orden social.

El ritual es un comportamiento formal, estilizado, repetitivo y estereotipado, realizado seriamente como acto social, en momentos y lugares establecidos. El ritual condensa creencias, acciones y sentimientos que permiten la reproducción biológica, simbólica, social y psicológica. El rito da un sentido social a la enfermedad y legitima el rol de enfermo.

5.2.1.2.1. Componentes rituales de la relación clínica.

Los rituales representan o escenifican deseos y al hacerlo alivian tensiones. Cuando una práctica humana es designada como ritual es porque contiene elementos religiosos o

mágicos; siempre es una práctica sagrada. Sin embargo, hay antropólogos que creen que existen rituales seculares que manteniendo las características del ritual religioso, se dan en situaciones no religiosas (Kottak, 1997). Al repetirse el rito, va conformando una realidad.

A primera vista no se podría afirmar que la relación clínica es un ritual porque, en principio, los elementos que maneja están presididos por la razón y el conocimiento científico. En nuestra cultura los valores sagrados han sido reemplazados por los valores de la técnica y el símbolo sagrado colonizado por el signo.

Pero, como ya se ha dicho, el mundo simbólico y las preguntas metafísicas, propias del ser humano y planteadas implícitamente en la relación clínica, no pueden ser contestadas desde la racionalidad científica. Por eso, al desmenuzar los componentes de la relación clínica aparecen en la misma elementos constantes de todo rito:

Espacio escénico: El espacio institucional es dramático, teatral, simbólico. Se encuentran en este espacio objetos que poseen valor simbólico y existen unas reglas de actuación preestablecidas. La consulta se lleva a cabo en locales asépticos, presididos por aparatos que la técnica proporciona, con una mesa donde se comparten intimidades espirituales y una camilla donde se muestran intimidades físicas. Cuanto más se complejiza el espacio escénico, como ocurre en el hospital, con aparatos “potentes” capaces de descubrir “lo malo que uno tiene dentro”, más valor simbólico tiene.

“Bueno se congestionan las urgencias porque, claro, cuando tu vas al médico te cita *para tanto tiempo y ¿qué es lo mejor?, directamente a urgencias para que te miren, ¿me entiendes lo que te quiero decir?, es que es lo primordial. Es decir, si te pasa cualquier cosa y vas al médico y te dice, no, pues mira, te vas a pasar dentro de un mes y pico para mirarte*

esto, para ver un tiroides, o lo que sea, pues directamente te vas a urgencias, te hacen pruebas, análisis, y te hacen todo rápido y sabes los resultados y te tardan cuatro horas pero te lo hacen todo” G6

La consulta representa el espacio para la intimidad, inserto en la propia comunidad, pero perfectamente delimitado y separado de la misma. Es un espacio reservado al ritual.

También el status del profesional que lleva a cabo la relación médico-paciente se muestra a través del espacio escénico: por la situación de la consulta dentro de la ciudad, su dotación mas o menos suntuosa, por los “aparatos técnicos” que posea, por la exhibición de títulos académicos. La consulta esta llena de significados y transmite mensajes por la propia escenografía.

“...y luego los medios, los aparatos que sean necesarios. Por ejemplo, el médico de cabecera, como dice José Ignacio, prácticamente no cuentan con nada, andan con muy pocas cosas; en cambio, en la consulta privada el médico de cabecera cuenta con más aparatos.” G1

“ Los ambulatorios lo que tienen es que no tienen capacidad, no tienen capacidad, ni tienen aparatos...” G6

Estructura temporal: La sucesión temporal de etapas y secuencias que comprenden la anamnesis, la exploración física, la realización de pruebas complementarias, las consultas sucesivas y el “dictamen final” así como el manejo futuro del padecimiento. El tiempo de espera, el tiempo de dedicación por parte del profesional, el tiempo del “dictamen final” tienen un valor simbólico. Es un tiempo simbólico que da sentido. El tiempo del rito adquiere

un primer plano en la consideración de la población estudiada. El médico, “el que sabe” marca los tiempos del rito, junto con la Institución a la que representa.

Para el socioestrato MB es un tiempo impuesto, marcado por el miedo, la inseguridad; es un tiempo vivido con cierta angustia. A veces es un tiempo de “exclusión”

“...yo he estado en Asisa y en la Seguridad Social y es algo que si, que va muy bien pues para un catarro o lo que sea, porque, vamos para un catarro, no lo que sea. Si es algo que quieras que te hagan rápido, pues nada en poquísimo tiempo lo tienes. Si es algo vamos, que vamos... es algo grave lo mejor es la Seguridad Social; pero vamos que el problema que tiene es eso, el tiempo que puedes tardar, hasta meses para que te hagan un simple análisis...” G2

“Yo creo que el mayor problema es el tiempo, en las privadas el tiempo que tardan en solucionar un problema es darte cita y en el mismo día ya puedes ir al médico, sin problemas, que te va a atender. Sin embargo en las públicas, en sanidad, pues ya no pasa eso; tienes que pedir cita, te la dan para un día, se retrasan, el horario casi siempre va muy mal...” G2

“...me molesta estar esperando en la sala de espera, pero cuando llego yo, prefiero que el médico se tire conmigo media hora y me mire de arriba abajo, a que no, que entre y en seis minutos y medio me diga: ¡Hala vete! Que a y doce minutos tengo el siguiente paciente...”G3

“...y luego lo que decís vosotros, que pido hora para el mismo día y dicen que no, es que hoy no puede ser porque hay mucha gente y te lo tengo que dar para mañana. Digo, pero si es que a mí, por ejemplo, me hace falta hoy ¿por qué me lo tienes que dar para

mañana? No, es que la Dra.... . Digo, mira a mí apúntame como quieras, pero tiene que ser para hoy.” G6

“-El dinero y luego, encima, el poco tiempo que te dedican, porque te cogen y entras, por ejemplo, para que te mande cosas o para que te mire, o para que te ausculten y no se tiran mas que cinco minutos. Te auscultan un poco por el pecho, un poco por la espalda, toses un poquito y te dicen: ¡ hala, vete para fuera que ya se ha acabado!.” G6

“Tardan mucho, tardan mucho en mandar las cosas, tardan mucho todo” G7

“Hablando del MG en G7: “Lo único que *tardamos, pero a mí como me atienden* muy bien no me importa esperar” G7

“Pero es el trato, lo que buscamos es el trato humano, porque si son los mismos (refiriéndose a los médicos) *si tu pagas, ese doctor se va a estar media hora contigo, te va a decir esto no es nada, te va a tocar todos los dedos de los pies, es amable. Pero como vayas con el mismo a la Seguridad Social, le dices tú lo que tienes, no te lo dicen ellos, lo dices tú” G7*

“Diferencia si que existe diferencia, ahora claro, también a la doctora *de cabecera* vamos, yo por lo menos voy, voy todos los meses o casi todos los meses... divinamente” G11

En general, se trata el tiempo del médico como valioso y el del paciente como de escaso valor. Esto crea una dependencia del segundo hacia el primero.

Protagonistas: Son los actores que participan en el rito y desempeñan un rol dentro del mismo. El sentido del rito depende de las interacciones que establezcan los protagonistas del drama y el consenso que les une.

El médico, revestido con la bata blanca, está investido de una autoridad social con independencia de la actitud que personalmente adopte.

“...al médico le regalas no sé qué, un jamón, yo que sé. Pues es un sentimiento de *inferioridad, normalmente de inferioridad o de agradecimiento hacia el médico... la actitud* es de mayor agradecimiento hacia un profesional que con todas las demás profesiones...”

G4

“...y otra cosa que tienen ahora muchos se meten con el tabaco, yo no sé por qué será que entras y: *Muy buenas tardes, bueno ¿cuánto fuma, Cristóbal?. Iba que no me tenía, pues hasta que empezamos a hablar del forúnculo me tiré mas de siete minutos hablando del tabaco y ya una vez que le dije el tema del tabaco, dice ahora vamos a ver lo otro.*” G6

Ambos participantes aceptan el orden social en la consulta y la relación P-MC es un hecho social, estructural que normativiza. Es una relación de dependencia y un momento educativo, aunque el profesional de forma intencional no lo asuma.

Al hablar en G8 del medico general: “...tendremos que tener *una persona de confianza que nos introduzca en el mundo de los problemas de salud y de la vida, que no te va a resolver todo, pero que es la puerta de entrada; y te dejas llevar de la mano. Para mí es eso.*”

“El que dice Felisa (*respecto al MC*) *es el que se implica un poco y sabe las enfermedades de la familia y te lleva y puede orientarte...*” G9

El médico colocado socialmente en el lugar “del saber” marca los pasos a seguir en el ritual. Simboliza la Ciencia poderosa que vence al dolor, al sufrimiento y a la muerte. La medicina occidental que ha separado artificialmente el símbolo (MITO) y el signo (CIENCIA) asume la figura del médico científico de forma mítica.

“Pienso que de una manera, un poco sin criticar, no demasiado, las comparaciones *del médico de antes y del médico de ahora, debe ser a favor del médico de ahora, pese a todo esto, porque la vida media ha aumentado y alguna culpa tendrán los médicos, digo yo. O sea, por lo menos, esto yo sé que es muy simplificado, supongo que habrá otros muchos aspectos que mirar, pero, en principio, la vida media cada vez sube, luego eso deben ser los médicos los que son mejores de alguna manera, aciertan más, lo hacen mejor, o lo que sea.* Yo creo que sí.” G9

Organización simbólica: Es el punto de contacto entre el símbolo y el rito. Es jerárquica y los actores deben compartirla. La relación clínica es una relación entre extraños que comparten su privacidad y su intimidad basándose en unas reglas científicas y éticas previamente establecidas y aceptadas por los actores que participan en el rito.

Lo mismo ocurre en la medicina tradicional donde el curandero está legitimado por circunstancias de nacimiento que le conceden poderes sobrenaturales y por una ética profesional.

“...o sea, el médico de cabecera *por su profesión te cura porque quiere hacer el bien,* es un principio básico o debería serlo; y si no es, deberían echarlo.” G4

Eficacia simbólica: La ciencia ha reemplazado los valores sagrados y la palabra del médico, con su lenguaje ininteligible, adquiere categoría de “palabra sagrada”. El lenguaje que es el medio de comunicación entre los actores del rito, tiene su parte técnica que adquiere el valor de poco comprensible. La denominación técnica de un padecimiento o la explicación técnica de un proceso, conceden al profesional un “SABER SUPERIOR” y por tanto la capacidad de dominar el mal.

El médico escribe mal, también de forma indescifrable, con lo que refuerza la función simbólica: sagrado/ ininteligible.

Hay en la relación clínica unas concepciones culturalmente formadas y socialmente aceptadas que conceden al rito una eficacia por sí mismo.

“...y que dentro de lo complicado que es todo eso del lenguaje de la medicina, que lo haga más o menos sencillo.” G1

“ ...una persona ha estudiado, o sea, ha estudiado medicina y entonces *te va a dar un informe con sus palabras técnicas. Lo bueno es que a ti te lo explique con las otras palabras, porque si te lo explica con esas palabras, como tú dices, pues es cuando no te enteras de nada...*” G3

“Otra cosa que pediría, es que ¿no pueden *escribir mejor? Porque cuando ponen cada 8 horas, no se entiende, es increíble.*” G6

La eficacia simbólica aumenta en el socioestrato MB donde hay mayor distancia entre el conocimiento del paciente y del profesional, mayor sentimiento de fragilidad en el rol social, pero además hay mayor credibilidad si la relación establecida entre ambos es constructiva y comprensible para el paciente.

“Me parece que es una cosa maravillosa (el MC conocido) porque ya cuando me mira, ya sabe lo que tengo.” G3

“...porque la *que estabais comentando, te haces con una persona, esa persona te va conociendo y cuando entras ya sabe lo que te esta doliendo* según entras.” G6

“...dices: *voy a ver a la doctora; parece que ya es solamente al ir como cuando vas al dentista, que llegas a la puerta y se te quitan los dolores solamente en pensar que te va a atender, y el médico de familia todos estamos convencidos de que nos va a ayudar...*” G11

La actividad del médico de cabecera, menos que la de otros especialistas, tiene ese halo poco comprensible, incluso “misterioso”. Se explican actividades técnicas de forma racional aunque la forma de asimilarlas y los hechos llevados a cabo en torno a ellas tienen poco que ver con la racionalidad científica que las originó.

“Para mí lo que debería *hacerse (por el MC) es un poco más de revisión más detallada de cada persona y realizar los informes convenientes para indicar lo que tienes y decir lo que tienes que hacer.*” G2

“...voy a una doctora particular y te digo que yo que sé, mira por los pies, *cada dedo tiene la médula, las cervicales, todo, todo. Y yo gracias a esa doctora he podido salir, si no, no.*” G7

“...el reumatólogo me ha hecho un milagro de médico, porque yo he tenido una cosa de garganta 32 años que me lo curaban como alergia, y yo no he tenido alergia a nada, porque me han hecho 32 pruebas y nada... pero bueno, se me inflamaba por dentro y no me entraba el aire; entonces mi segunda casa era el servicio de urgencias del Marañón. ... Fui al Reumatólogo... vió el tratamiento que yo tenía, tomaba Ventolin y Becotide por la

aspiración, por la boca a la garganta y esto... y me mandó algo que me sacó los dolores que son una maravilla... me dice: le voy a cambiar esta medicina por un Becotide mas fuerte. Bueno, ¿Uds. quieren saber que al día siguiente que yo tomé esa medicina se me olvidó que tenía garganta? Y ya no me acuerdo más” G11

La eficacia del MC se ve reforzada por el uso carismático que el médico hace de su rol social y de la credibilidad otorgada por la Ciencia y las posibilidades técnicas que puede poner en marcha.

“ La relación del paciente con el médico ha cambiado mucho porque efectivamente *el médico tiene muchos medios técnicos que antes no los tenía, porque tu dices: ¡Me duele aquí! y, o te mandan la radiografía, o te mandan al traumatólogo...*” G9

“...yo solo tuve un buen médico que fue estando en el túnel de Guadarrama y aquel *era un señor que a cualquier hora de la noche iba a casa, ese si que era un médico de familia; y por cualquier cosa enseguida, tenía una habitación al lado y te pasaba por rayos por si acaso tenías sinusitis, tenías esto, aquello y era un gran médico. Y luego sacaba el fichero y decía, a usted le di esto tal día y tal día...*” G12

El padecimiento manejado por el MC proporciona seguridad y protección. El sanador mantiene y /o controla la salud del cuerpo y simbólicamente de la existencia.

“Es la persona (*el MC*) *que te puede hacer un examen como más general, porque, yo que sé, si te quieres hacer un examen de sangre, o de los ojos, o que si te has quemado no sé que, él te puede hacer un examen general de cómo te encuentras en todo el cuerpo; si*

no, tendrías que ir a cada especialista de cada parte del cuerpo. Así una sola persona te puede examinar ¡Vamos! Que casi por cualquier problema puedes ir a él.” G2

*“Entonces yo creo que esos médicos (los de familia) a parte de su labor, diríamos **doctoral-médica, en medicina, tiene otro componente mucho más importante, el de estar cerca del paciente. El paciente, cuando ve que el médico lo tiene próximo, se ausentan muchos dolores...” G8***

“Que te lleve un control, pero que te lleve un control cada X tiempo (refiriéndose al MC) “ G9

Hay una cierta peregrinación al MG como fuente de salud. El niño acude periódicamente al control del niño sano, la mujer a las revisiones ginecológicas, el anciano a sus controles de glucemia y tensión arterial y a recoger sus medicinas. La madre Ciencia se encarga de controlar a los grupos socialmente más vulnerables.

“Donde yo vivo ahora han puesto un Centro de Salud, al ladito de donde vivimos que nos viene muy bien, desde luego, porque es una gran cosa. El barrio a veces yo pienso que si por la comunidad o porque ahora ya estamos con la pensión de mi marido, no sé si nos convendría vender ese piso para no pagar tanto de Comunidad; pero luego tiene esa ventaja que tenemos el Centro de Salud muy cerquita, que cualquier cosa la tienes y que la doctora y la enfermera...” G7

“Bueno, pues yo tengo un médico de cabecera que tiene el historial y siempre que voy al, porque yo tengo que ir todos los meses a que me recete, por lo que el especialista me manda y lo tiene el médico allí. Y a mí el médico de cabecera me receta todos los meses lo que el especialista me ha dado...” G12

El sistema sanitario a través del médico de cabecera da cobijo a sus seguidores y mediante el ritual proporciona seguridad, legitima el rol de enfermo y concede al enfermo un estatus especial dentro del orden social. El Sistema Sanitario extiende su manto a los peregrinos que allí acuden sin distinción de edad, género o status social. Los efectos del rito van a depender de las características del peregrino y de la interacción en el rito.

“ Es que a parte del trato tiene que tener un poco de psicología porque si encima *que vas a la consulta porque estas mal o estas hecho polvo y te dice: ¿ para qué vienes? O te dice cualquier tontería, pues simplemente con el trato que te dan, sin contar los medicamentos es suficiente.*” G6

5.2.1.2.2. Fármaco vs palabra en el ritual P-MC

En este contexto el fármaco representa la ritualización estereotipada de la ayuda en la relación clínica. El fármaco representa muchas veces la impotencia para utilizar métodos humanizados.

“Yo creo que como tiene tanta gente, esta como un poco cansado de *ver a tanta gente y tú cuentas para él como uno más, como un nombre, no como una persona. Entrás, te ve y dice tienes esto. Te receta y te vas...*” G2

“Ese es el problema, nosotros vamos al médico y quizás, a lo mejor, no tiene tiempo *y lo primero que decís es: ¡qué mal! Este médico no me ha mandado nada. Esperáis siempre cuando vais al médico una pastillita o algo que...*” G4

“...que cuando estas mala necesitas cariño, no que te traten ¡ Tómate esto y váyase a casa...” G7

Se detecta en el estudio como el fármaco es la estrategia de manejo en la relación P-MC mas utilizada y se asume por los actores de la relación como un elemento casi imprescindible. Ambos necesitan una estrategia de manejo del padecimiento para continuar la relación y el fármaco es el recurso mas comúnmente aceptado y de más fácil y rápida aplicación.

“...yo creo que lo más efectivo son los medicamentos porque es para calmar la *enfermedad, es que te metan en tu cuerpo productos químicos y que te solucionen el problema...*” G2

“...la *verdad es que no la entiendo (refiriéndose a la doctora), pero me deja tranquila que me diga: tienes una bacteria que tal, tómate esto...*” G3

“El médico de cabecera está para sí tienes cualquier cosa, una enfermedad leve o lo *que sea, vas al médico de cabecera* y te receta.” G11

La fe en la ciencia junto con el debilitamiento de la autoridad y los líderes, hace que el medicamento adquiera un protagonismo, muchas veces irracional en la relación clínica. Cuando se lleva a cabo un ritual burocrático o curativo el fármaco consigue el efecto deseado.

La palabra se debilita en nuestro entorno, en cuanto a eficacia simbólica y el médico general, el médico de lo cotidiano, prestigia su función en el fármaco. El fármaco es el terreno no compartido con el paciente, es el terreno donde puede dominar, y, además, es una de las funciones claramente aceptadas por la sociedad y por el paciente. El fármaco proporciona al

médico esa referencia socialmente reconocida donde encuentra su razón técnica en la relación P/MC.

“...porque yo no tengo quejas de ningún médico, todo lo contrario porque voy poco, muy poco, de todas maneras gracias que no he necesitado así mucho, pero voy ¿qué le pasa a usted Faustino? Pues mire yo noto esto. Enseguida pum, pum, pum, el libro y a recetar...” G12

“Un médico no es un recetador, un médico tiene que ser el que sepa recetarte en el momento preciso y la cantidad precisa, y ¿quién es ese médico? Pues el que te conoce de mucho tiempo.” G10

A medida que el padecimiento ha adquirido mayor protagonismo en la relación clínica, se solicita del médico de cabecera algo más que un medicamento. Hay un estrecho límite entre el ritual y la ciencia cuando se trata de padecimientos, y la “pastilla” en estos casos no consigue muchas veces el efecto mágico, incluso se vive como una barrera que dificulta la sensación de control del padecimiento por parte del enfermo. El ritual sanador requiere algo más que fármacos para conseguir el control perdido.

“...yo siempre he dicho la sensación que tenía de que los médicos, en general, pues que como que no te cuentan las cosas. Entonces tú llegas y si te hablan y te cuentan no sé qué, pues sales tan contenta, a lo mejor te han dicho dos cosas, pero sales tan contenta.” G5

“-Pues sabes que hago yo muchas veces, como me mande una cosa (el MC) que me suena a mí, digo: no me lo compro porque sé que me va a perjudicar.” G7

“Si tienes una dolencia y la tienes aquí metida, estas todo el día pensando será esto y me van a operar, me cortaran esto. Entonces es una intranquilidad en tu cuerpo, un nerviosismo y una pena y todo se convierte en dolores y malestar porque los nervios los tienes y lo pagas con la familia. Si tuvieras un medicamento que te relajase de todo eso... y el mejor medicamento es ser un médico bueno que te diga: tú no tienes nada.” G12

“Claro algunos (médicos) no te miran y te están recetando una cosa que no te va.”

G7

El rito al repetirse va conformando la realidad. Por eso, conocer por parte del profesional, los elementos “no científicos” de la relación clínica van a condicionar los resultados de esa relación. Muchas veces la relación se convierte en iatrogénica, por el inadecuado manejo de estos elementos. Cada consulta por banal que sea, es un pilar para la creación de una relación constructiva. El rito crea un sentido y conforma una realidad concreta para cada paciente.

Ese fracaso, en ocasiones, encuentra respuesta fuera del ritual médico, en otro ritual sanador. El paciente que solicita sanación para su padecimiento busca soluciones alternativas ante la falta de respuesta del Sistema Sanitario.

El sociocierato MB donde la falta de apoyo del ritual médico le deja desconcertado, sin control ni legitimación social a su problema de salud genera problemas de relación con el médico, desencuentros e incluso conflictos. La relación en este socioestrato es más asimétrica, la dedicación del médico, en tiempo, es menor y se producen mas desencuentros en la comunicación. Se da la paradoja de que el socioestrato MB, en el que la eficacia simbólica del ritual del MC es mayor, es el que tiene más desencuentros y frustraciones.

“Depende porque yo... yo conozco curanderos y conozco médicos y prefiero muchos, muchos curanderos, antes que algunos médicos...” G3

“-Es lo que hablamos de la SS que muchas veces te dicen esto, no crees y te sales de la rutina y te va muy bien.

-Yo hasta que no vi a mi hijo, te soy sincero, decía que si no lo pueden los médicos no van a hacerlo estos (naturalistas); y a partir de ahora ya te digo, me di cuenta que hay veces que si ya vemos que no podemos hacer este tema, meternos en otro, tenemos otros (medicina natural) para poder ayudarnos” G6

“-Es que yo voy a la medicina natural. Como el seguro me dejó casi morir, he tenido que ir a una doctora particular, pero de estas, las naturales, fue la que me salvó y llevo diez años pagando un dineral.” G7

5.2.1.3. Vertiente personal: Personalización del padecimiento/enfermedad. En busca del sentido perdido.

Si entender y aliviar el padecimiento es uno de los motores culturales que llevan a una persona al médico de cabecera, y la legitimación del rol de enfermo tiene una proyección social, la personalización del padecimiento/enfermedad ocuparía el lugar de interés desde el punto de vista del paciente como ser humano, en el plano más íntimo de la persona.

En nuestro entorno la personalización del P/E se lleva a cabo, a través de la relación clínica, no solo con el médico, pero básicamente con él.

5.2.1.3.1. Desarrollo individual como fin.

Como ya se ha visto el concepto salud para el individuo urbano es un sentimiento individual. El padecimiento y/o enfermedad irrumpe en la vida de la persona. El proceso P /E

no es un hecho, es una vivencia que se incorpora al individuo produciendo cambios cualitativos en el mismo. Puede haber un desfase entre la adaptación formal y la profunda de la persona al padecimiento/enfermedad.

El proceso P/E pertenece a la persona tal y como ella lo vive, afectando a su vida de forma singular. Se habla en los grupos de MI SALUD y MI ENFERMEDAD. Cuando la persona elabora el P/E para compartirlo con el MC ha realizado un modelo explicativo que se va a transformar por la acción del profesional. Esta experiencia debe ser incorporada en la vida del paciente, asimilada, de forma que permita continuar con el ejercicio de su vida sin perder sentido, manteniendo la identidad personal. En esa asimilación se mueve el mundo emocional, simbólico, de significaciones del enfermo y el mundo de los valores.

“...una persona (el médico) que cuando la necesites te atienda como es debido, porque hay personas que no solamente necesitan que las curen el dedo, sino también necesitan apoyo moral...” G1

“Por ejemplo, si tienes algún problema importante que no has contado a tu familia y que puede ser grave par tí, pues comentárselo a él (al MC) y a lo mejor te puede echar una mano.” G2

5.2.1.3.2. Relación interpersonal: Carácter moral de la relación.

Si la salud es un valor central en el hombre/mujer urbanos, el padecimiento/enfermedad ponen en juego valores morales que siempre están presentes en la relación P/ MC. Se mueven además de los conocimientos técnicos, capacidades humanas entre las que se encuentran el mundo de los valores. Se piden explícitamente y de forma prioritaria valores

morales al médico menos prestigiado socialmente, al más devaluado frente a otros especialistas.

Refiriéndose al MG en G1 “Pues alguien que sepa medicina, pero a parte de saber *medicina, que sepa tratar a las personas y que sea persona*.” G1

Como seres morales el paciente y el médico se encuentra ante exigencias y deberes de carácter ideal, son los valores que constituyen la meta de toda acción humana.

Los valores individuales que paciente y médico ponen en juego, no tienen por qué ser valores compartidos.

“Si es que cada persona es un mundo, a cada uno le gusta hacer las *cosas de una* manera o de otra.” G1

Sin embargo, a través del ritual se establecen unos valores aceptados por ambos. El ritual asume que el médico busca el bien del enfermo. Pero, además, en esta relación se añaden valores institucionales, que ocupan un lugar preeminente. Se entiende que los valores institucionales representan los intereses de la mayoría.

“yo creo que los tienen a ellos muy controlados de recetas y todo eso, por eso no nos pueden mandar tanto como quisieran.” G7

El juego que se establece entre todos ellos, el de los actores presentes, paciente-médico, y los valores institucionales que planean por encima de la relación, complican la

misma. No hay consenso sobre si un problema esta dentro de la medicina clínica. Se llega a concepciones divergentes sobre el correcto papel del médico en la consulta incluso dentro del mismo segmento poblacional. Es una discusión frecuente en los grupos el papel del médico de cabecera.

“...y es que en el médico de familia, el médico puede dar consejos que no sean exactamente de salud, de medicina: ¡mira! este niño le estáis forzando a que haga gimnasia y este niño no tiene cuerpo, este niño le estáis forzando a que juegue al tenis y sea campeón, no va a ser campeón...” G9

“Yo creo que no, que el médico con llevarte tu enfermedad y aconsejarte y procurar que vayas bien, si tienes azúcar, procurar que no te suba. Yo lo que no comprendo es que el médico venga a solucionarme a mi un problema que yo tenga con un hijo” G9

Cuando el padecimiento es lo que da estabilidad y prolonga en el tiempo la relación P/MC, las relaciones interpersonales cobran protagonismo. Los medios utilizados son tanto humanos como técnicos y los fines se complejizan y se hacen más confusos. El médico mas desmitificado pasa a considerarse persona y permite una aproximación interpersonal al paciente.

“...intentar conocer al paciente lo mas a fondo posible porque, no sé, como para poder así decirlo que pueda llegar a ser tu amigo; que llegues al médico, le cuentes lo que te pasa, pues eso, como si fuera un conocido más, la atención personalizada... humm, pues eso, como si fuera un conocido más, la atención personalizada. O sea, fuera de lo que es el

diagnóstico, que te dé una atención lo mas personalizada posible y que intente conocerte ¡claro!...” G3

“-Hombre yo creo que a nivel humano el MC debería estar más pendiente, debería conocerte un poco mejor, por lo menos valorar mas el trato directo contigo porque más o menos conoce tu historial, y te conoce a ti.” G4

“...lo que pasa es que el especialista te cuadrícula mucho, es su especialidad, es lo que veo, los especialistas no te tratan a la persona total.

-Por eso el médico de familia es tan importante.” G9

“...entonces claro, muchas veces pretendemos que sean dioses, y tampoco es así, o sea tampoco podemos...

-Yo creo que dan bastante pero nosotros queremos demasiado, o sea que..

-Es que son humanos simplemente (los médicos de cabecera) y no podemos pedir peras al olmo” G3

“ Pues mira, yo por ejemplo de médico de cabecera típico, o sea, el que ves como aquí, no sé, es el que hay en el pueblo de mi padre. Ese hombre le tiene todo el mundo, de verdad, como si fuese un dios. Y no, es como una persona más, lo que pasa es que es un médico y da un trato al paciente que todos le tienen un cariño, un amor en ese pueblo... Y sin embargo, no es un médico perfecto, se ha equivocado muchas veces, es un médico de cabecera.” G3

“Normalmente el MC debe ser el que conozca todas las técnicas de medicina natural, o sea, tiene que estar mas indicado el médico de cabecera a librarte del médico.”

G4

La relación interpersonal es ahora más fácil. Se puede negociar sobre lo que compete a la medicina clínica, sobre el abordaje, sobre el tratamiento. La relación interpersonal es un

equilibrio dinámico que va cambiando en el tiempo, según las circunstancias. Aquí hay que hablar de debilidad personal en todos los biosocioestratos. Como se ha visto previamente el padecimiento es común a la experiencia vital del ser humano y es el ser humano más débil o en un momento de debilidad, el que reclama personalización de su mal. En todos los grupos de discusión se observa posturas encontradas entre la necesidad de apoyo ante padecimientos mínimos o bien ante padecimientos vividos como preocupantes.

“No, el médico de cabecera lo que hace es preocuparse, porque tiene que preocuparse un poco más por tu solución general, porque los especialistas muchas veces van a lo suyo y, aunque vean otra cosa, se olvidan por completo...” G4

Cuando se diagnostica se hace un proceso de categorización y generalización. Cuando se maneja un padecimiento se hace un proceso de personalización, de adaptación del problema a la persona en un proceso de interpretación-acción. La diferencia entre el modelo biomédico y el heurístico o interpretativo se resume en la figura 6.

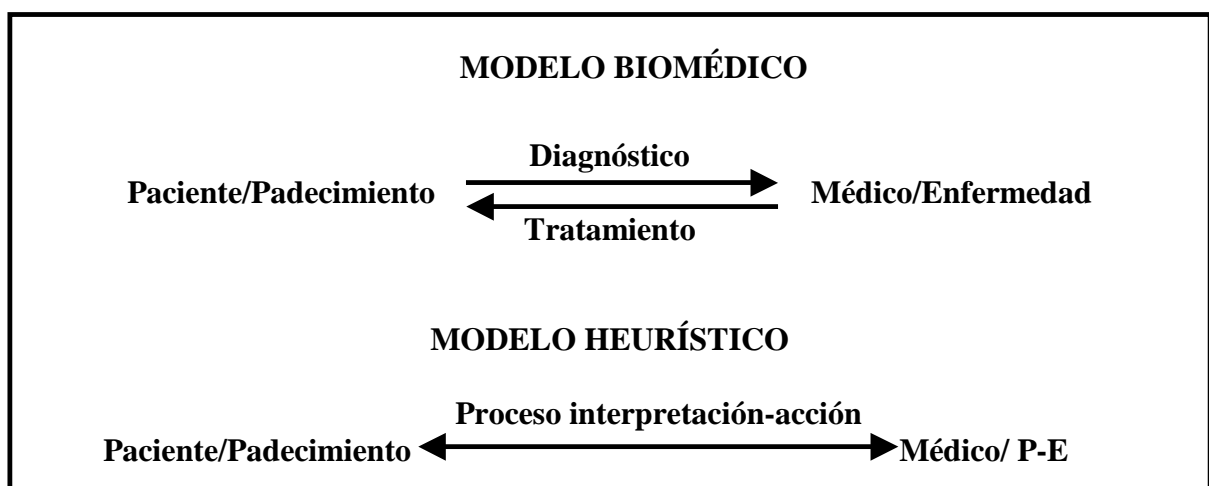


Fig. 6. Modelos biomédico y heurístico en el manejo del Padecimiento/Enfermedad.

La aparición de la Medicina de Familia en el panorama sanitario, como ya se vió previamente, responde, en parte, a la necesidad de personalizar el padecimiento proporcionando un abordaje integral de la persona en los distintos planos de la existencia. La personalización es algo más que la atención de una persona a otra, es una relación interpersonal presidida como telón de fondo por valores culturales y sociales.

La relación interpersonal se realiza en un encuadre socio-cultural. Bajo la presión del padecimiento el ser humano crea un mundo interno que por sistematizar incluye lo expuesto en la figura 7.

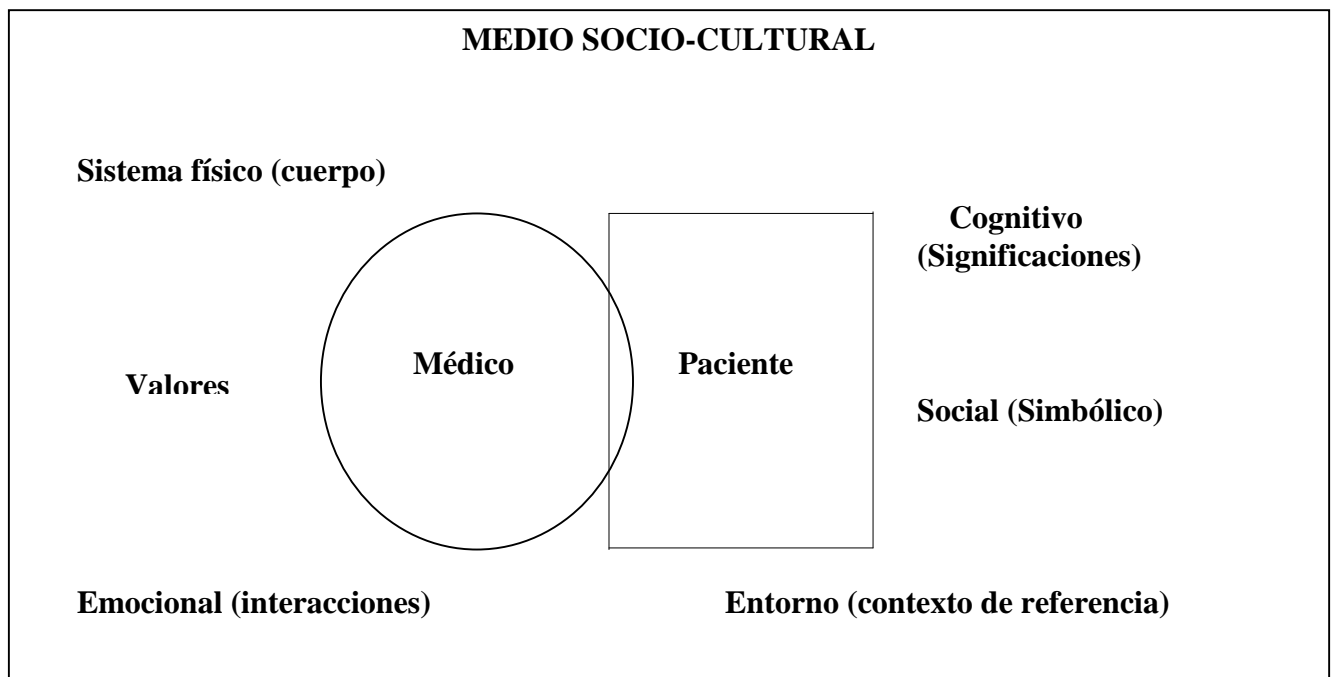


Fig. 7. Factores personales y socio-culturales presentes en los protagonistas de la relación clínica.

El espacio dedicado a la relación interpersonal es un espacio pequeño y corto en el tiempo pero valioso por tratarse de un espacio y tiempo rituales.

La relación tiene por lo tanto un carácter moral, mas allá de lo que racionalmente consideren sus actores.

“...tendremos que tener una persona (refiriéndose al médico de cabecera) que **nos introduzca en el mundo de los problemas de salud y de la vida, que no te va a resolver todo, pero es la puerta de entrada y te dejas llevar** de la mano, para mí es eso” G8

Lo moral en la consulta se ejerce de forma asimétrica. ¿Qué debo hacer como hombre?, no puede, ni debe ser respondido desde la relación clínica. Pero al personalizar se comparte y al compartir se ponen en juego valores individuales, en un ritual donde los protagonistas tienen una jerarquía previamente aceptada.. Es la grandeza y el riesgo de la AP. A veces se dan consejos y orientaciones que traspasan las competencias profesionales.

“Pues cambiar tu estilo de vida puede ser una solución. A lo mejor el médico considera que no es bueno para tu salud, es cambiarlo. A lo mejor tú acostumbras, no sé, a lo mejor que a dejar de fumar, o de beber, o que te mande todas las mañanas tomarte un vaso de zumo, cualquier cosa, o que dejes tu menú de alimentación.” G1

“...¡Fíjate! el otro día voy al médico (*de cabecera*) y ***dice, y me ha deprimido, porque*** de repente dice: Oye, tú estas en estado... en edad de ser madre... cuando quieras...” G3

La dimensión funcional del padecimiento por su vivencia amenazante, por su gravedad, por su cronicidad, por sus limitaciones... unido a un menor apoyo social hacen tambalear a la persona en su sentido de la existencia. La personalización no es, por lo tanto, una necesidad general sentida por todas las personas portadoras de un padecimiento y/o

enfermedad, solo de aquellos que se sienten débiles en lo personal en un momento determinado.

5.2.1.3.3. En busca del sentido perdido

El MC no tiene que encontrar el sentido perdido por el paciente, pero si detectar su pérdida, y ampliar la acción al entorno social, con la colaboración de familiares, recursos sociales, grupos de autoayuda... El objetivo es incorporar el padecimiento a la existencia personal y **recrear** una vida constructiva con el mismo. La pérdida de sentido deja al individuo desorientado, perplejo, sin recursos como el participante del G11

“-Yo no tengo nada de eso (artrosis, enfermedades del corazón...) pero la temporada que tengo mal, pues hago lo que dice esa señora, me siento en mi casa.. y... y ahí me quedaría.

-Pues eso no lo puede hacer, tiene que salir.

-Tiene que salir... eso es preciso..

-Salgo, salgo mucho, pero.. salgo, veo los escaparates que ya me los conozco de memoria...

-¿Va sola?

-Es lo que ha dicho Ud., o... Ud., me parece que ha dicho que yo, la procesión la llevo por dentro, aunque no vaya..

-¡NO, No! Yo la procesión la llevo por dentro...

-Eso todos...

-...y la dejo en casa para que no se enfríe

-Yo no la dejo en ningún sitio

-¿ La lleva consigo?

-La llevo.

-Y entonces ese es mi padecimiento” G11

5.2.1.3.4. Autonomía/ Dependencia

La ciencia se reserva el conocimiento racional y objetivo y deja las decisiones morales para el ámbito de lo privado. Se considera que las decisiones y preferencias en este terreno son personales, respetables, pero no compartibles.

El paciente urbano y periurbano es capaz de compartir con el MC espacios de la esfera privada como intimidad, sentimientos, creencias... como lo hace con pocas personas de su entorno. Son espacios elaborados por cada persona en su libertad y su soledad (entendida como vivencia de sentirse única) sobre su propia existencia. Es el espacio donde puede elegir con mayor libertad y autonomía.

El médico no tendría por qué ser la persona que comparta la intimidad, pero su situación social le coloca en una situación privilegiada para hacerlo. Se mueve en un terreno común para el paciente y el médico, la salud y la enfermedad, y lo hace con la credibilidad que la Ciencia y el Código Ético le otorgan.

“...es muy *delicado* porque un médico de hecho, tiene muchísimas responsabilidades, porque es de las personas que más responsabilidades tiene en ese aspecto, o sea, me refiero moralmente...” G3

La autonomía del paciente defendida desde la bioética, como derecho fundamental de los enfermos no se siente amenazada por los actores sociales en Atención Primaria. Se

reclama la actuación del MC en el plano más personal si es necesario. El individuo urbano con las necesidades básicas cubiertas, persigue la autorrealización y solicita apoyo moral para un sufrimiento que tolera mal.

La autonomía, elemento vital de la moralidad, no puede alcanzarse en el individuo enfermo de forma solitaria. Es, en parte, el diálogo intersubjetivo con el médico lo que va a conducir a decisiones y hechos por parte del paciente, en consonancia con su escala de valores. Se trata de comprender, asimilar e incorporar el padecimiento a su proyecto vital. No se reclama la autonomía de la relación clínica en los grupos. No se puede recobrar el sentido vital con consejos técnicos.

“El buen médico de cabecera era el que tenía buen ojo, ¡oye! Fulanito le ha curado *de esto y de lo otro; ese era buen médico. Hoy en día, yo por eso pongo mucho más lo psicológico, lo humano, porque el diagnóstico es como después, va a ayudarse de los medios que hay.*”

-Que son muchos.

-Pero sigue existiendo el ojo clínico.” G9

El paciente en su debilidad relega sus competencias y recursos morales para ponerse en manos de un técnico. El técnico amplía su terreno científico para actuar de forma personal.

Lo moral en la consulta se ejerce de forma asimétrica. La relación interpersonal da sensación de libertad en el pensamiento y en la acción. Pero, la relación interpersonal en un estado de debilidad de uno de los participantes, dentro de un ritual puede crear una dependencia de la persona peligrosa para esa identidad buscada en la relación. Si las acciones rituales generan dependencias del rito, las relaciones interpersonales en el marco de la

relación clínica también tiene el riesgo de generar dependencias, incluso más peligrosas. La personalización no es reclamada por el conjunto de los agentes de la relación, pero lo es por los más débiles, con lo que el peligro de dependencia aumenta.

5.2.2. Valores y actitudes ofrecidas por el MC

En general, el médico de cabecera es la respuesta inicial que la sociedad concede a los problemas de salud. Supone el acceso a la CIENCIA poderosa, protectora, para todos los miembros de la comunidad. El médico de atención primaria es el agente que hace llegar la “gracia” que la ciencia proporciona a la cotidianidad de los individuos.

Siguiendo el análisis de los discursos se van a mantener las tres vertientes expuestas en el apartado anterior, es decir, la antropológica, la sociológica y la personal para mayor claridad del texto. Estas facetas de una misma realidad sobre lo ofrecido por el MC a la población estudiada, se encuentran estrechamente unidas a las anteriores y forman una perspectiva diferente de la misma realidad compleja.

5.2.2.1. Vertiente antropológica: Ayuda indefinida.

Si entender y aliviar el padecimiento es el motor inicial que conduce a una persona a su MG, se debe a que el médico representa para ese individuo la posibilidad de ayuda.

La ayuda del MC recobra el sentido de la palabra terapia, de raíz griega, que significa servicio; no se dirige a la enfermedad sino al enfermo. El padecimiento sobrepasa la categoría de enfermedad e implica la ayuda a la persona. El amplio abanico de funciones asignadas profesionalmente y legalmente al MC le convierte en una ayuda imprecisa, amplia, INDEFINIDA.

Es una ayuda personal vehiculizada, en general, a través de un malestar físico. El ritual médico ha consagrado la queja somática como el punto de encuentro entre paciente y MC. Son los problemas físicos los que dan credibilidad al padecimiento y los más fáciles de comunicar.

La determinación de que un problema está incluido o no dentro de la relación clínica, cuando no se refiere al cuerpo, no está consensuada. Requiere un proceso de maduración y negociación entre el paciente y el médico que establezca puntos de encuentro y límites aceptables para ambos. A veces el acuerdo es difícil. Para el paciente urbano, el MC puede acoger cualquier queja que afecte a ese vago concepto de la salud / padecimiento.

“Es que hoy en día acude tanta gente a la medicina que antes no acudía, que el *médico tiene que ser médico de familia, ese médico de ambulatorio es la base para quitarse al hipocondríaco, quitarse el catarro, la persona mayor que nadie la escucha...*” G8

“...y es lo que tenemos que pretender de los médicos y ya no solamente mucho *recetar, sino hablar con el enfermo, tener una conversación fluida y darse cuenta de la mentalidad de esa persona, y la paranoia desaparecería en muchos casos; porque esos dolores existen, porque mi mujer hoy en día tiene muchos dolores psicossomáticos que llaman, y le duele.*” G12

5.2.2.1.1. Imago materna en la relación de ayuda del médico de cabecera.

Se intenta superar el paternalismo médico en nuestro entorno, con la búsqueda de la madurez y autonomía del enfermo. El paternalismo que ha dominado la relación médico-paciente desde la época hipocrática hasta nuestros días, ha supuesto una mezcla de beneficencia y poder.

La burocracia, en el estado de bienestar, ha sustituido el paternalismo del médico hacia el enfermo por un paternalismo del Estado hacia los contribuyentes. En la relación clínica se ha producido otra transformación. El médico de cabecera se ha desmitificado, se ha aproximado al paciente y se ha humanizado. Esto ha conducido a una relación de ayuda que podríamos llamar “maternal” en Atención Primaria. Es una atención con menos poder científico y técnico, mayor relación interpersonal, con mayor continuidad en el tiempo y presidida por el principio ético de beneficencia.

La protección de la Ciencia Médica y la burocracia en nuestro entorno cultural, ha llevado a un nuevo tipo de ayuda. La ayuda de lo banal, de lo próximo, de lo cotidiano que no encuentra apoyo en la propia red primaria del individuo, busca un sustituto en el médico de cabecera. También se le asigna el papel de educador, el que orienta y ayuda a los “hijos” a “crecer” a desarrollar su personalidad, el “gestor” de mi salud. Es el rol del consejo, de la educación, del cuidado en lo cotidiano, asignado a la mujer en el seno de la familia.

“Yo por ejemplo, yo personalmente con el médico de cabecera, le diga lo que me *digáis, le pregunte lo que le pregunte, siempre me contesta. O sea, siempre tiene ese trato de decir, bueno.* Si se tiene que tirar diez minutos mas a parte de la consulta...” G3

“ ...a lo mejor darte un consejo o cualquier cosa, oye, no comas tal o no comas cual, o vete al dentista. A mí el médico de cabecera nunca me ha mandado al dentista. ” G4

“De todas maneras *hoy en día los médicos se preocupan, la de cabecera se preocupa mucho, la enfermera se preocupa mucho de la comida, de si andas, que cuánto andas. A mi marido le dice, haz por andar una hora porque te viene muy bien Antoni; le trata con un cariño, ¡qué bien estas!, te veo fantástico, tienes que seguir así; y eso verdaderamente hace unos años no lo teníamos en al seguridad Social...* ” G7

“...hay que pensar un poco la cantidad de circunstancias y de momentos, son *ausencias sencillamente de salud, es decir, no es enfermedad, es ausencia de salud. Entonces ese médico es el que tiene que ser partícipe de ese nivel familiar, y saber que se llama médico familiar porque muchísimas de las enfermedades, ausencia, vuelvo a repetir de salud, en esos momentos vienen generadas por componentes distintos. Y, además hay una fruta que es del tiempo, y ellos lo saben, es decir, un constipado es clásico de invierno, una deshidratación la clásica de verano ¿no? Entonces yo creo que esos médicos, a parte de su labor diríamos doctoral-médica, en medicina, tiene otro componente mucho más importante, el estar cerca del paciente.” G8*

“...el que dice Felisa (hablando del médico de cabecera), es el que se implica un poco y sabe las enfermedades de la familia y te lleva y puede orientarte” G9

“Muchas veces vas al médico de familia, por ejemplo mi doctora es una persona que parece, bueno no es que parece, es que ha atinado y atiende tanto, a todos igual y parece que uno tiene más confianza con ella, parece que te atiende más y parece que dices ¡voy a ver a la doctora!. Parece que ya es solamente al ir, como cuando vas al dentista, que llegas a la puerta y se quitan los dolores solamente en pensar que te va a atender, y el médico de familia todos estamos convencidos que nos va a ayudar...” G10

“Yo tengo nietos también y tengo una nuera que no esta casada y ya le he dicho a la doctora que me cuide, que no tengo hijas.” G11

La ayuda solicitada al MC no tiene límites precisos.

5.2.2.1.2. Ayuda accesible para los jóvenes y adultos jóvenes.

Su concepción de la salud/ enfermedad, junto a su autoimagen de buena salud llevan a pedir accesibilidad en la relación. El padecimiento se tolera mal y necesita ayuda lo antes posible en el MC o bien en urgencias. La **accesibilidad** permite tener posibilidad de valoración, analítica, consejos, medicación... Los valores de la modernidad como utilidad y rapidez, junto con la intolerancia al sufrimiento en este segmento, se traspan al contacto con el médico, que debe ser “aquí y ahora”.

“...para que yo vaya al médico tiene que ser que yo me encuentre con fiebre, entonces si ya tengo fiebre suelo ir, y no tengo un médico de cabecera de confianza, de ese médico que vas, que te conoce. Vas donde te pilla, que estoy trabajando aquí, a ver si me pilla alguno cerca, y para eso suelo ir...” G5

Cuando el ritual es curativo o burocrático proporciona la ayuda requerida, la relación es satisfactoria. No se pide expresamente continuidad al MC sino el acceso a un soporte tecnificado e impersonal pero rápido y eficaz

5.2.2.1.3 Ayuda continuada como vínculo social.

La ayuda indefinida, en lo cotidiano, con una función consejera, educadora... va incorporando al MC, a la red primaria “ampliada”. Ese médico hace de puente entre la red primaria y el potente sistema sanitario. Constituye un vínculo social, cuando la ayuda es relevante. La continuidad permite establecer relaciones funcionales y objetivos comunes.

La continuidad es percibida como compromiso, responsabilidad, credibilidad. Crea entre el paciente y el médico una corriente de implicación y cooperación. Proporciona un punto de referencia al que dirigirse.

“...yo creo que deberían ser eso, debería ser alguien que te conociera, que te *conociera eso, porque tuviera mucho trato sobre ti, o por lo que fuese, porque has ido siempre al mismo médico y aunque el no te atienda la mitad de las veces, te mande a un especialista, por lo menos es que controla tu enfermedad.*” G4

La continuidad no es reclamada mayoritariamente en los discursos analizados. El hombre urbano, individualista, que cree ciegamente en la razón técnica, vive la aceleración del tiempo, que no tolera el sufrimiento y que se mueve con valores de la tecno-ciencia (objetividad, rapidez, eficacia...) solicita respuestas accesibles.

Las personas que requieren ayuda para su padecimiento, los más débiles en lo personal o en lo social, son los que solicitan mantener la relación en el tiempo. La continuidad, en estos casos, permite una ayuda más eficiente, mas integral, y de mayor calidad percibida por el paciente. Los pacientes que tienen una mayor necesidad sentida del MC son los que dan mas valor a la continuidad en la relación con el médico de cabecera.

“... yo hablo por la experiencia en Rivas que es donde yo vivo. Yo ahora la doctora *que tengo me parece que la he visto una sola vez. Nosotros allí hemos luchado a favor de los médicos que teníamos; ellos se han puesto con nosotros porque los quitaban de allí. Yo tenía mi médico como se llama ahora vulgarmente de familia; a mí me gustaba más médico*

de cabecera. Ese señor tenía toda mi historia, yo cuando entraba por la puerta ya sabía, y me conocía, o sea, era un trato que tienes cuando ya te conoce...” G6

El padecimiento que busca ayuda personal se encuentra con una relación clínica sin límites precisos y con una relación de ayuda más débil.

El paciente identifica eficacia en la Medicina Especializada y Hospitalaria. Cuando hay un padecimiento que hace vulnerable a la persona, requiere una ayuda más humana.

La relación de ayuda en la persona vulnerable no es dependiente del médico en exclusiva, e incluso a veces el médico no debe jugar un papel relevante en la misma. Cuando se focaliza la ayuda del paciente vulnerable en la consulta se crean frustraciones e ineficiencias.

La vulnerabilidad es mayor en el socioestrato MB y en el segmento anciano donde la relación de ayuda se debilita.

El poco tiempo de dedicación, limitaciones físicas o psíquicas, problemas complejos de contenido psico-social, los fantasmas que se mueven con el padecimiento, las barreras en la comunicación con el médico, la propia inseguridad personal y de rol social que se ha ido viendo a lo largo del trabajo crean una frustración en la relación de ayuda con el MC. Se busca apoyo en la vivencia de fracaso, de impotencia. La ayuda para controlar la angustia, el miedo, la desesperanza y otros estados afectivos producidos por el padecimiento muchas veces es mínima.

Los grupos donde esa ayuda es más necesaria, es menos dada. La sanación del momento presente cuando el problema no es pasajero, banal o tiene su origen en un problema psicosocial no se consigue. La accesibilidad física esta garantizada, pero la relación no conlleva la comprensión de la queja por parte del enfermo. La sanación no es una cuestión

técnica y el manejo se complica. No se consigue aliviar el padecimiento sino provocar desencuentros y a veces conflictos.

“... y es que no hay más remedio, pero reconfórtala, o háblale, o mándale algo que le calme, pero parece que es que por que tenga 80 años le tiene que doler y se tiene que sentar en una silla y ya esta. Si le duele a ella te duele a ti porque eres su hijo y están ahí con ella...” G6

“...y también, en otro momento, otro doctor que tuve de cabecera, me dijo que para la artrosis, porque le pedí un Calmatel, que por lo menos a mí me parece que me aliviaba cuando me da el dolor, que me lo doy y me pongo la manta eléctrica, pues me dijo que era lo mismo la crema nivea, me hacia el mismo efecto; me dijo esas palabras.” G7

“...cuando vas al médico y no te entiende mucho lo que tienes, te dice, es una alergia; y si te entiende menos todavía, dice eso es un virus.” G12

5.2.2.2. Vertiente sociológica: Autoridad

Dentro de la Institución Sanitaria, el médico de atención primaria es el que ocupa el peldaño mas bajo en conocimiento y dominio de técnicas. La legitimidad y autoridad del médico la otorga una ciencia socialmente reconocida y respetada y una organización profesional que marca las normas tanto técnicas como éticas a seguir. Así, la ciencia y la profesión son fuentes de autoridad que conceden al experto un poder elevado.

5.2.2.2.1. Incuestionable autoridad legal

Por lo tanto, el médico de atención primaria, esta colocado en una situación de autoridad, que le concede la Sociedad a partir del reconocimiento de su profesión, y la

Institución que le convierte en la cabeza visible y el ejecutor de las normas que la dominación burocrática va dictando.

“Yo creo que los tienen a ellos (MG) muy controlados de recetas y todo eso, por eso no nos pueden mandar tanto como quisieran.” G7

“Entonces ya no es a nivel personal, a nivel personal, quizás ellos seguirían... eh... tratando a su forma, con sus conocimientos; lo que pasa... que también están condicionados muchos por la situación económica del país y por la situación política.” G8

El médico de cabecera es el mediador del derecho a la salud socialmente aceptado. El paciente espera que la relación clínica con el MC este presidida por el principio de beneficencia.

“...y el médico de familia todos estamos convencidos que nos va a ayudar” G10

Para el individuo urbano es una imposición institucional no siempre deseada. Cuando predomina su rol de representante del poder establecido y no se siente como benefactor de las necesidades propias surge el conflicto en la relación clínica. Es el socioestrato MB donde el desencuentro en la relación clínica es mayor. Tiende a ser disculpado por la imposición de las normas por parte de instancias superiores. Son las que pagan el salario al médico, le dicta las normas de acuerdo a los conocimientos de la comunidad científica y de los intereses económicos.

“Si no hay trato personal también en los médicos de cabecera es, a veces, por falta de tiempo... ¡claro, claro!...y por las listas, y por la gente que tienen ahí esperando...” G3

“Como yo le digo a mi médico: escribe más que un notario. Resulta que entre el tiempo de la consulta, que te tenía que tomar la tensión cada vez que vas, y cosas de esas, no tiene tiempo porque el mismo ordenador, de paciente a paciente le da, no sé si son cuatro o cinco minutos.” G12

Se habla ahora de autoridad legal otorgada por la ciencia y por la burocracia del Estado Moderno. Ese médico próximo, debe ejercer la ética de beneficencia, buscando lo mejor para sus pacientes, pero es, además, un servidor del Estado, y, por tanto, la representación del poder del Estado en temas de salud. El médico de cabecera se convierte en el profesional en el que converge la aplicación de las normas establecidas por el sistema: incapacidades laborales, incluso prescritas por otros especialistas que atienden el proceso del paciente; recetas de la medicación pautada, en muchas ocasiones, por otros profesionales; compromiso con los objetivos marcados por los gestores de la Institución...

El paciente siente que el médico obedece a la Institución por lo que la búsqueda de beneficencia muchas veces no se ve como prioritaria en el socioestrato MB. En este segmento de población en el que el MC está impuesto, y la racionalidad del paciente y médico se encuentran más distantes, se percibe la actuación del MC como ajena a la relación clínica, más dependiente de normas impuestas desde instancias “superiores”.

En el médico actual no se habla de autoridad moral otorgada por conocimientos científicos y filosóficos, por valores humanos de orden superior, en definitiva por la “calidad” humana. La autoridad carismática, que otorga la gracia que poseen algunas personas, se ha perdido. Ese carisma que en la tradición hipocrática obliga al médico a ser la conciencia

moral de su enfermo, a ser padre y madre a la vez, al paternalismo tradicional de la relación clínica.

El médico especialista tiene una autoridad profesional otorgada por la Ciencia y el MC tiene una autoridad legal otorgada por la burocracia. Ambos aspectos de la autoridad del médico actual serían reconocidos en los agentes sociales.

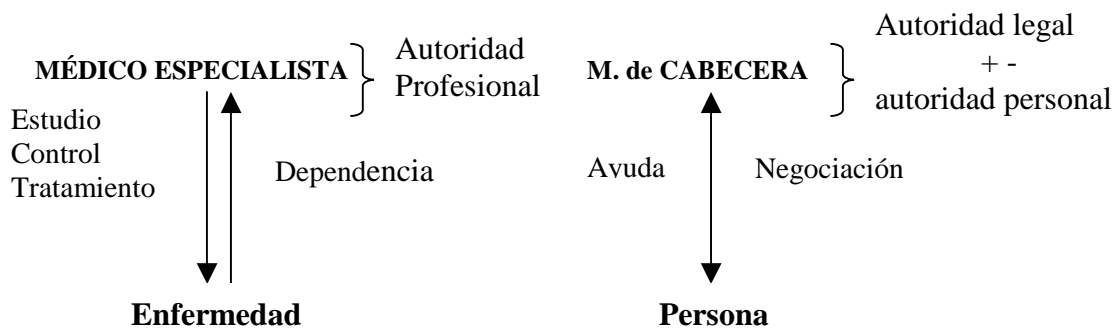


Fig. 8. Autoridad del médico especialista y de cabecera reconocida por la población.

Para los socioestratos M-B esta autoridad legal le convierte en un representante del poder. La relación interpersonal es la encargada de compensar esa relación de poder y convertirla en humana. La relación interpersonal es mas complicada y la autoridad legal mas fuerte para los que mantienen una situación de debilidad social, de vivencia de inferioridad. Por eso, en la relación clínica se vierte una conflictividad que en muchas ocasiones acaba con la misma. Donde se puede ejercer mayor autoridad moral, la autoridad legal puede convertir la relación médico-paciente en conflictiva. Son los estratos medio-bajos de edad media los que expresan mejor la situación.

“Salud y enfermedad ¿no?, pues hombre yo creo que la Seguridad Social podría *mejorar un poquito la calidad de vida de los enfermos, yo por lo menos hablo por mí, yo por ejemplo me cambio no sé si son una o dos veces de médico, una por la doctora porque siempre que estaba con la garganta me mandaba ciertas cosas y claro yo la decía: “oye, si yo estoy fastidiado por ejemplo de la garganta, mándame otra cosa”, que **no sea por ejemplo lo que te suele mandar, agua, que si haz muchas gárgaras, que si esto que si lo otro y salí discutiendo con ella y la verdad yo me quité y me puse con otro médico que me trataba un poquito mejor...**” G6*

Es aquí donde la relación interpersonal debe favorecer la ayuda al paciente y mitigar la sensación de poder que la relación conlleva.

En el socio-estrato MA la relación interpersonal es más fácil y el poder del MG mucho menor por lo que la conflictividad disminuye. Se utiliza al MG cuando se necesita pero la relevancia de la relación es menor.

5.2.2.2. En busca de la autoridad personal.

Si la autoridad legal del médico actual es innegable, siempre que se atenga a las normas establecidas tanto de carácter burocrático como ético, la **AUTORIDAD PERSONAL** esta muy **cuestionada**.

El médico canaliza todo lo que le ocurre al paciente. Lo hace como se ha discutido previamente desde cosmovisiones, muchas veces no compartidas. El desplazamiento de la autoridad personal a la legal ha llevado a la justificación por parte del médico, de las actuaciones clínicas al margen del paciente. El paternalismo burocrático, que busca la justicia y reparto de recursos económicos y humanos dentro de la sociedad, ha sustituido al tradicional

paternalismo médico. Empuja a la toma de decisiones de la relación médico-paciente al margen de la relación interpersonal que allí se establece.

“Yo ahora mismo me veo y me deseo para que me receten algo.” G7

“...porque recortan por todo, están recortando por todo. Vas a hacerte *una prueba y te dicen: esto no entra. Pero ¿Cómo que no entra?, si no entran más que unas medicinas, ¿cómo no entra esta prueba?...*” G6

“...como le dije yo: Oiga usted señorita, usted es una vulgar MIR y, en fin, no tiene experiencia.” G12

La autoridad personal del médico de cabecera no depende solo de su capacidad técnica. Su autoridad personal depende de su personalidad, de la capacidad de comunicación, de su formación, de los valores morales. La formación del médico eminentemente técnica, hace de los valores humanos una virtud añadida, de inestimable valor cuando se posee, que conduce a la excelencia en la profesión.

La falta de autoridad personal del médico, es la que lleva a cuestionar la eficacia del sistema. La capacidad técnica no concede autoridad personal al médico cuando el padecimiento es el protagonista, pero mientras ostente el título y posición social dadas, tendrá reconocida su autoridad legal.

El exceso de autoridad personal suele ejercerse en los grupos poblacionales más débiles en lo personal o social y tiene el riesgo de crear una relación patológica y de dependencia.

“Es que yo voy a la medicina natural. Como el seguro casi me dejo morir he tenido *que ir a una doctora particular, pero de estas las naturales fue la que me salvó y llevo diez años pagando un dineral*” G7

La medicina se ha ido constituyendo en un sistema de dominación legal y el paternalismo de la Ciencia es una mezcla de beneficencia y poder. La autoridad del médico como persona, es ahora, más bien, autoridad burocrática en nuestro entorno socio-cultural. La autoridad del profesional es concedida por la Ciencia y el Estado; la obediencia se impersonaliza. La autoridad personal en la relación intersubjetiva P/MC se hace necesaria cuando es el padecimiento el que reclama ayuda profesional. Se llega a reclamar, incluso, autoridad carismática.

“Yo lo que pienso, que lo que verdaderamente tiene que hacer cada persona es *realizar para lo que ella tenga vocación, porque a la persona que le sale de dentro*, solamente te va a curar casi simplemente por la atención...” G7

5.2.2.3. Vertiente personal: Confianza, eje central de la relación.

Confianza es la palabra empleada en todos los grupos para expresar lo que valoran en su médico de cabecera. La palabra confianza condensa la necesidad de tener fe en alguien que muestra algo más que conocimientos. **La confianza es el eje de la relación clínica en AP.**

Confiar en el médico es creer en él, sentir seguridad y afecto. Solo si existe confianza se puede poner la salud, bienpreciado por el individuo, “en manos del médico”.

“... el médico que es un poco abierto, un poco humano, tiene que ser primero *psicólogo, porque la primera... el primer paso para curar es convencer, dar una sensación de seguridad, de cercanía...*” G8

La confianza es requerida por todos los grupos. Sería una cualidad necesaria en la sanación, en el ritual, pero de forma muy especial está unida a la personalización. Cuando problemas mal definidos que afectan la esfera privada del paciente solicitan la ayuda del MC, hay que compartir un mundo complejo donde se mueven vivencias, deseos reales o imaginarios. El mundo del padecimiento comparte, en ocasiones, el mundo subterráneo de la intimidad. Ya no se trata de proyectar y mantener una imagen, sino de compartir un espacio interior que se siente como frágil y, en general, se tiende a preservar de las miradas ajenas.

La confianza, por ello, es el eje central de la relación. No se puede pedir ayuda personal sin el sentimiento de confianza hacia la otra persona. La confianza es el punto de inflexión donde el médico se convierte en **MI MEDICO**.

“Yo deposité la confianza en mi médico. El otro me advirtió que no era lógico operarme así a la ligera; yo sentí la confianza de decir es necesario. La confianza es con Mi médico” G10

La fe y la confianza en el médico liberan al individuo de la pesada carga de pensar y decidir en soledad cuando el padecimiento le oprime.

5.2.2.3.1. Afecto, amistad si es posible.

El padecimiento en la relación clínica en AP mueve necesariamente el mundo afectivo. El padecimiento conlleva sufrimiento y ayuda personal donde se ponen en juego valores y se comparte la intimidad. El afecto se ve en unos casos lejano, en otros imposible, pero siempre deseable cuando se habla del MC con relación a otros especialistas.

“Hombre lo más importante, que el médico sepa lo que hace y tal, pero aparte si el *médico fuera como un amigo de toda la vida, que tuvieras confianza en él, que pusieras hablar con él sin reparos, que le pusieses contar cualquier cosa, una confianza como un amigo, como tu mejor amigo; y que además el médico supiera lo que hace y que supiera de su profesión perfectamente y tal, yo creo que sería el médico perfecto...” G2*

“...a mí me *gusta ese trato, o sea, sinceramente, entro con todo afecto, con cariño a la consulta; y le tengo cariño y sé que también me tiene cariño a mí” G3*

“Sobre todo por eso necesitan sentimiento con el paciente porque ganas mucho más, aunque luego sea mal médico, aunque no tenga ni idea, pero solo el trato que le da a un paciente que esta malo, parece que le anima y le sube para arriba...” G6

“...y pedí que me lo volvieran a poner (al médico de cabecera) *porque es que te atendía, el cariño, y te decía: no, esto no te lo voy a mandar porque no te va a ir bien a ti,* tu no puedes tomar esto. “ G7

“Hace poco me dijo un médico, amigo nuestro, que leer todos los días un cuarto de hora en voz alta es mucho mejor, pues yo todo lo que me dice lo hago...” G11

El socioestrato medio-alto consigue la relación de confianza, incluso amistad, a través de relaciones sociales no institucionalizados. La elección de un médico dentro de su entorno,

previamente conocido, socialmente cualificado, parte de una relación de confianza y/o amistad que facilita la interacción en la consulta y aumenta la efectividad el acto médico.

“...hombre yo creo que lo hacen bien, pero antes de ir al médico yo siempre voy a *casa de mi vecina, que es médico, y su marido también es doctor, o sea, yo voy allí*” G1

“...la personalización es importante, o sea tu con quien tienes confianza es con un *médico, con un médico concreto, una persona concreta, te inspira confianza y eso ya es parte de la curación*” G8

En lo socio estratos medio-bajo la relación de confianza hay que ganarla a través del contacto clínico. Se puede hablar menos de amistad paciente-médico en este segmento social, pero la confianza, cuando se logra, proporciona una mayor eficacia simbólica del acto médico que el socioestrato medio-alto.

“...yo solo te digo que el que va al médico, si va con confianza, solo aunque vayas malo ya por lo menos te reaviva un poquito...” G6

“Para mi hija pequeña tenía un médico particular cuando mi hija era pequeña pero *simplemente por al confianza que me daba el doctor aunque me cobrara... Luego yo ya me confié en él y aunque tenía el médico de la Seguridad Social, pues yo le pagaba a él, pero es porque parece como si me hubiera dado a mi hija.*” G7

Es este segmento de la población los que más solicitan la confianza y también los que menos la encuentran

“...en último caso iría al médico, porque yo con el médico no tengo nada de *confianza, prácticamente no lo conozco; ir allí a contarle mis problemas sería lo ideal, pero en realidad no pasa. Yo, por lo menos, no tengo ninguna confianza con mi médico...*” G2

Si la confianza es solicitada de forma general en el presente estudio, los lazos afectivos parecen ser más intensos y constantes en el género femenino y en el segmento anciano. Correspondería a lo dicho en la concepción del concepto salud/ enfermedad de la mujer y del anciano mas integral y vivencial. Para ellos la palabra confianza tiene mayor carga afectiva.

“...porque mi tía murió con 96 años. Cuando venía un médico que le llamaban D. *Manuel, que era de toda la vida de la Sociedad que teníamos, cuando entraba D. Manuel decíamos ¡está tan caída!, revivía. Y es la confianza que inspira el médico de cabecera. Yo con la doctora pasa igual, exactamente.*” G11

5.2.2.3.2. Vocación.

La ayuda clínica, mas allá de lo que representa socialmente, se establece entre personas en principio desconocidas que comparten la búsqueda de la salud de una de ellas, con el compromiso moral de la otra, el médico, al que obliga el Código Deontológico en cuanto a obligaciones perfectas, pero del que además se esperan obligaciones imperfectas. Existe en la relación clínica unos condicionamientos éticos previamente establecidos y aceptados por los actores.

Se dice expresamente que es un profesional más, pero le piden comportamientos distintos a los exigidos a otros profesionales. En todos los grupos aparece la palabra **vocación** condensando la cualidad requerida al MG.

La palabra vocación de raíz griega “vocare” que significa llamada, no hace referencia solo a la profesionalidad o dedicación, sino que integra conocimientos y valores morales. La persona que ayuda, el médico, debe ser simbólicamente alguien “llamado” para esa misión.

Vuelve a depositarse en el médico una condición que no es estrictamente racional. Vocación es una exigencia de orden superior al conocimiento racional y técnico.

La salud como bien preciado en el individuo urbano, exige al médico unas cualidades especiales. Como ya se ha visto son esas cualidades las que hacen percibir en el paciente la calidad en la relación clínica y va a influir de forma decisiva en la eficacia del acto médico.

“Entonces no es lo mismo ponerte en manos de ese primero que estudia medicina porque es su vida que del segundo que se piensa que gana mucho dinero...” G3

“Para mí tiene que ser primero una gran persona, de una gran humanidad, que se ponga dentro, en tu puesto, eso es lo primero..... tiene que ser vocacional” G8

“Yo lo que pienso que lo que verdaderamente tiene que hacer cada persona es realizar para lo que ella tenga vocación, porque a la persona le sale de dentro y solamente te va a curar casi simplemente por la atención...” G7

“Mira un médico que cumple las ocho horas, ha cumplido las ocho horas, me voy. *No sé, como trabajadores nosotros decimos ¡cómo no lo pagan!, me entiendes lo que quiero decir, para ellos el trabajo que tienen es totalmente diferente, es trabajo diferente, es que como dices han escogido, han estudiado esa carrera.*” G6

“Yo creo que tenían una vocación mas fuerte (*los médicos de cabecera hace años*)..

Ahora ya saben más, pero tengo menos espíritu de... yo creo de medicina ¿no?. G11

“Hablamos de que tiene que ser un sacerdocio, no decir bueno, yo me voy a colocar *en esto como podía sacar la plaza de periodista, tiene que tener vocación y entrega a los demás, si no lo tiene eso...*” G12

Resumiendo las características más representativas de la necesidad sentida y lo que ofrece el MC respecto a otros especialistas en el medio estudiado:

<u>ATENCIÓN PRIMARIA</u>	<u>OTRAS ESPECIALIDADES</u>
Salud/Padecimiento	Enfermedad
Sanación	Curación
Visión Holística	Visión Parcial
Conocimiento Personal	Conocimiento Científico
Imago Materna	Imago Paterna
M. Cabecera desmitificado	Especialista/Ciencia como mito
Autoridad legal ± personal	Autoridad Científica
Continuidad/accesibilidad	Accesibilidad
Autonomía	Dependencia
Confianza en el médico	Confianza en el técnico
Menor prestigio social	Mayor prestigio social
Personalización del padecimiento	Impersonalización de la enfermedad

Tabla 6. Características de la necesidad sentida y de lo ofrecido por el médico de cabecera y por otros especialistas para la población estudiada.

5.2.3. Representación social del médico de cabecera: Mezcla de Ciencia y Arte.

El MG, puerta de entrada del sistema sanitario ofrece cultural y socialmente CONTROL DE LA SALUD / PADECIMIENTO. El médico de lo banal y de lo inmediato proporciona una referencia para el mantenimiento de la salud y para conocer el estado de salud del individuo como un factor más a añadir a la autopercepción o a la consideración de otros miembros de la red primaria. Actúa sobre formas y hábitos de vida suplantando funciones que en otros lugares y momentos se realiza en el entorno familiar.

Así lo refleja un joven de G2: “...también te tienen que informar o sobre miedos que tu tengas, o alguna cosa, si haces el acto sexual sin preservativo, inquietudes, miedos o problemas que más o menos te supiera aconsejar lo que tienes que hacer en tu caso o en otros muchos que hay, darte información”

El MG se enfrenta a personas complejas, en su entorno El Hospital es el gran medio de observación, de desarrollo técnico, de tratamiento de enfermedades a pacientes anónimos, con protocolos establecidos. El MG es el médico del padecimiento, con gran interacción interpersonal y menos dispositivo técnico a su alcance. Necesariamente cuando desarrolla su actividad el MG va a aplicar una MEZCLA DE CIENCIA Y ARTE.

Es el manto científico del médico lo que legitima su actividad. La ciencia es el vínculo consciente entre paciente y MG. Pero el arte es imprescindible en el ejercicio de su profesión.

Arte y ciencia diseñan actitudes intelectuales distintas, diferentes órdenes teóricos, aunque dialécticamente relacionados. Ambos son elementos esenciales de la vida de cualquier persona, inseparables, íntimamente relacionados.

Solo el abordaje científico se ve obligado a separarlos para su estudio. La ciencia médica y su práctica se desarrollan en un terreno donde confluyen el conocimiento de las ciencias naturales y el enfrentamiento a los enigmas mentales y espirituales. La práctica médica exige una faceta artística en atención primaria.

El MG maneja situaciones como crisis vitales, problemas laborales, trastornos de origen psico-social, padecimientos en general necesita recurrir a componentes “no científicos” y acciones ritualizadas, incluso, sin saberlo. Da consejos a los demás al margen de la Ciencia y afecta a comportamientos que no son médicos. Se valora positivamente en los grupos esta actividad del MG y se considera inherente a la consulta médica.

“...y luego te entienden mucho, por ejemplo en mi centro de salud te dicen que *preguntas lo que quieras sobre drogas, sobre sexo, sobre todo...*” G1

“¡Fíjate! El otro día voy al médico y dice, y me ha deprimido, porque de repente me dice: Oye, tú estas en estado... en edad de ser madre... cuando quieras...” G3

“Yo tenía un médico de cabecera de la Seguridad Social que era militar, tenía tres especialidades, tres, y en la Seguridad Social estaba de médico de cabecera. Tenía un ojo clínico fenomenal y llegaba cierto día, porque me veía mucho, yo le tuteaba, bueno, le llamaba D. Vicente por respeto y tal; y llegó una señora y dice: D. Vicente mire usted que tal y que cual. Mira tómate esta receta y búscate novio, búscate un novio y veras como mejoras.” G12

La ciencia aplicada en la consulta del MG se rodea de mensajes al margen de la Ciencia. El MG actúa haciendo uso de su experiencia, su conocimiento científico y personal, su intuición y sus habilidades. El manejo del padecimiento e incluso el tratamiento médico se

basan más en la INTUICIÓN que en el razonamiento lógico. La intuición en AP es un auxiliar necesario de la razón. Se introduce en regiones del alma que están ocultas a la vista, y al mismo tiempo aplica remedios que no siempre se ajustan al conocimiento científico. El MG decide sin disponer de los recursos técnicos que tienen otros especialistas y sana con grandes dosis de sugestión y por la palabra.

“El médico de cabecera se hace, tiene que tener tablas, es como conoce a la gente, y *cuando le llega el hipocondríaco, sabe quien es y sabe el tiempo que le tiene que dedicar al hipocondríaco... y darle dos palmadas y un poco de vaselina*, etc., y mandarle a la calle.”

G8

“Orientación, porque tu llegas y el te dice, más o menos, hombre no te puede decir exactamente lo que tienes porque no tiene tres días, como un especialista que te esta mirando y haciendo análisis... pero el te puede decir más o menos tienes esto y lo que puedes hacer, y si ve que esta en sus manos, te manda unas pastillas y lo típico: si no se te pasa vuelves a venir.” G1

“Yo te digo, por lo menos en el centro de salud que yo voy, que esa doctora que te digo, la consulta está como si curase a los enfermos.” G5

Otra faceta no científica que se produce en la relación paciente-médico, en general, y en el contexto de la AP en particular, es el EFECTO PLACEBO. Se ha visto como cualquier modalidad terapéutica, incluso sin administrar ningún tratamiento físico, produce en el paciente una respuesta, no al contenido, sino a la forma de terapia. El paciente muestra una respuesta biológica frente al significado simbólico del tratamiento. No ocurre solo en personas

sugestionables o en problemas en los que la sugestión opera activamente, es un efecto constante en uno u otro grado en la relación clínica.

“...cuando yo entré allí, que no era yo, muy mal y llorando, la doctora se asustó y lo primero que a mí me hizo, quitarme la mitad de los medicamentos que me habían mandado, porque no me los podía tomar. Y luego, no se me olvidará mientras viva, en una bandeja metálica lo primero que me hizo meterme los pies en agua y descargas eléctricas. No se me olvidará por eso, porque a mí, doy gracias a Dios, que gracias a ella sigo viva en este mundo...” G7

“... en ellos (los médicos) igual que si tomas una medicina y dices esta medicina me va a curar, me va a curar; y no es la medicina la medicina la que te va a curar, es también eso, que nos comen mucho el coco.” G12

Es más probable que aparezca cuando se explica la enfermedad y cuando la acción curativa proporciona sensación de control del padecimiento.

“Yo estuve por ejemplo con gripe y me entró después de la gripe, que se me quitó, con fiebre, se me puso todo esto malo, y luego, me dejó gastroenteritis. Pues ¿qué pasó? Pues que estuve de médicos, estuve fastidiado y fui a este hombre que es el que tengo ahora, y me dijo: A ver Javier ¿qué te pasa? Pues mira que me pasa que tengo fiebre muy alta y el labio mira como lo tengo... Dice, mira, vas a hacer la cosa más sencilla del mundo, te vas a coger una botella de litro o litro y medio, te vas a hacer un suero alcalino o algo así me parece que me dijo, y te vas a echar esto, esto y esto y en consecutivo, te vas a tomar un

Actimel. Tu, fíjate, había estado una vez anterior con una suplente que no sabía nada, lo único que me mandó fue arroz blanco y jamón york; me tiré una semana así.

Total que yo fuí allí, le expliqué a este hombre lo que me había pasado y le dije... (vuelve al explicar el cuadro y la contestación de la suplente) Dice, pues la que te ha mandado esto, mal hecho porque de momento tenías que haber empezado con un puré de verduras, de patata y con verduras... Te puedes creer que en cuatro días a mí el estómago se me sentó bien con lo que me dijo mi médico, el actual médico que es majísimo y es muy buen médico. En cuatro días se me quitó...” G6

En cualquier caso la relación con el médico nunca es neutra. El efecto placebo puede producir cambios indeseables y de adicción igual que los fármacos.

La faceta artística de la relación clínica se reclama de forma generalizada por la población estudiada. Aspectos como capacidad para comunicarse, empatía, simpatía, capacidad de afecto, formación humanística, humanismo... no deben ser olvidados, ni dejados a la habilidad personal de cada profesional. El Arte en la relación clínica es una creación, y, como toda creación humana es susceptible de producir beneficio o perjuicio en la persona que recibe la acción del médico, el PACIENTE. El arte, en medicina clínica, es un ingrediente necesario y básico. La eficacia y calidad de la relación P-MC van a estar condicionadas, en gran medida, por la faceta artística del profesional.

6. DISCUSIÓN

6.1. REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL PROCESO SALUD/ PADECIMIENTO/ ENFERMEDAD.

6.1.1. Salud indefinida y valor central.

La palabra salud no es un término con un significado preciso y unívoco. Según el contexto en el que se utilice, el significado va a variar. Desde que la OMS definió en su carta fundacional, en 1948, la Salud como “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades”, el concepto salud ha ampliado su campo de influencia.

La dificultad observada para definir el concepto salud en todos los grupos de discusión pone de manifiesto la complejidad que el término encierra. Socialmente es un concepto que se construye con la razón, se entendería como un estado de funcionalidad eficiente dentro de un rol social.

Desde un punto de vista antropológico, Laín (1984) definió la salud como “hábito psico-orgánico al servicio de la vida y de la libertad de la persona: y consiste tanto en la posesión de esa normalidad como en la capacidad física para realizar los proyectos vitales de la persona en cuestión”.

Personalmente es un concepto individualizado, utópico, que trasciende la racionalidad científica y que pone en juego el sistema de valores de cada persona. Parece que salud, proyecto personal, felicidad y sentido de la vida van estrechamente unidos. Cuando el sujeto habla de salud en nuestro medio, incluye una dimensión bio-psico-social y una dimensión moral o de valor inseparables. No se puede equiparar salud a normalidad, entendiendo por

normalidad como lo deseable por la generalidad. No hay un límite bien definido entre sentirse sano o enfermo. La persona puede sentirse sana con enfermedad y enferma sin ella.

No hay valores compartidos por todos los actores sociales respecto de la salud. La salud es un estado que cada individuo siente como adecuado según necesidades, deseos, proyectos, sistema de creencias acerca del mundo (Gadamer, 1996).

Toda nuestra conducta, incluso intelectual, depende de cual sea el sistema de nuestras creencias auténticas. En ellas “vivimos, nos movemos y somos”. Por lo mismo, no solemos tener conciencia expresa de ellas, no las pensamos, sino que actúan latentes como implicaciones de cuanto expresamente hacemos o pensamos (Ortega, 1961).

Callahan (1973) critica la ambigüedad de la definición de salud por la OMS y propone una definición más vaga pero también más limitada: la salud como estado de bienestar físico. Para este autor hace falta un nivel mínimo de salud para conseguir la felicidad humana, pero, al mismo tiempo, uno puede sentirse sano sin conseguir un estado de completo bienestar físico, psíquico y social como propugna la OMS. Hay que distinguir salud como norma y como ideal.

Desde el nacimiento de la AP se ha optado por el paradigma biopsicosocial propuesto por Engel (1977) buscando paliar las limitaciones ofrecidas por el paradigma biomédico. La dimensión moral se ha intentado reservar al ámbito privado de la persona.

El hombre es un ser moral que se encuentra entre exigencias y deberes de carácter ideal. Es esa dimensión moral de la salud la que condiciona los hechos que la persona realiza para conseguir o mantener su salud. El valor moral es un valor de máximos, muy por encima de los límites normativos. Es el valor moral el que constituye la meta de toda acción humana, el que puede llevar al hombre a empeñar su vida y el que da sentido a la misma (Ramos, 1997).

El hombre urbano y periurbano de nuestro entorno ha desvalorizado los valores supremos, no tiene un arquetipo central referente de los valores y de los elementos que componen su cotidianidad (González-Carvajal, 1996). El valor trascendente se reemplaza y la salud pasa a ser un valor central en todos los grupos analizados. La salud ya no es un medio para continuar el ritmo de la vida, pasa a convertirse en fin para el individuo urbano.

Las actividades científico-profesionales, desde la definición de la OMS, ya no se limitan a la atención de la enfermedad, como ha ocurrido históricamente, sino que amplían sus competencias a estrategias como la “Educación para la salud” o la “Promoción de la salud” a nivel poblacional. La medicina establece pautas de conducta, protocolos, normas... respecto a temas concretos, como si de algo objetivo se tratara.

La salud no es un concepto definido por la ciencia, no es ni objetivo, ni objetivable; esta ligado al sentido vital del individuo, a lo que considera apropiado en cada momento para realizarse como persona. Implica percepción del tiempo, personalidad, actitud, creencias, visión del mundo. Se trata de MI SALUD.

La individualización de la salud hace que predomine la lógica de la identidad frente a la lógica de la alteridad (Augé, 1998), aunque siempre está presente la cultura y el entorno social en la construcción del concepto.

Sin embargo, la razón técnica asume la tarea de ir decidiendo los fines y metas de la salud en nuestra sociedad. Racionalidad y objetividad son los mecanismos utilizados por la ciencia intentando apartar los valores morales de su competencia (Jonas, 1997). Se considera que las metas morales son subjetivas, personales, respetables, pero no comunicables por incompatibles. Cada uno elige su “dios”, la moral se reserva para el espacio privado. Cada actor social decide ante un problema en torno a la salud, si se convierte en problema clínico o no, si necesita compartirlo o mantenerlo en la esfera privada..

Cuando el individuo busca la salud, de alguna manera, busca asegurar su vida y poder optar a su parcela de felicidad terrenal.

La razón de ser de AP, la búsqueda y defensa de la salud, no es un objetivo claro, ni tampoco compartido por todos los actores sociales. Aparece así una dificultad básica en la práctica clínica.

El individuo, al compartir un problema de salud, está poniendo en juego valores morales. El profesional tiende a apartar esos valores y reemplazarlos por datos objetivos y racionales. Se produce un punto de quiebra entre el conocimiento científico y la práctica clínica en AP.

Cuando el conocimiento se lleva a la práctica, se toman decisiones morales. Son decisiones menos radicales y espectaculares que los grandes temas de la bioética actual: eutanasia, aborto, inicio de la vida..., pero no por ello decisiones intrascendentes.

Maslow (1983) dice que aparecen metapatologías en enfermedades resultantes de la privación de valores intrínsecos. Los valores supremos, la vida espiritual, las aspiraciones supremas de la persona son, por consiguiente, temas presentes en la relación clínica, se consideren o no, por parte del paciente o del profesional.

6.1.2. Salud /padecimiento señas de identidad de la Atención Primaria.

La salud y el padecimiento aparecen como las señas de identidad en la de consulta de Atención Primaria. Ambos son términos precientíficos, puesto que se elaboran por la población, son indefinidos, subjetivos y suelen manejarse por los individuos dentro de su entorno.

Desde la Antropología, Fábrega (1972) analiza en la lengua inglesa el uso de dos términos claramente diferenciados: Illness para padecimiento y Disease para enfermedad. El

primero se refiere al saber práctico-funcional que tiene la población, es el nivel Emic utilizando terminología antropológica convencional. El segundo, disease, se refiere al saber técnico-ideológico de equipo de salud, o nivel Etic.

El padecimiento es una vivencia subjetiva, compartida por la colectividad y en continua transformación. La información del profesional es filtrada por el individuo, y transforma el padecimiento de forma dinámica.

En español la palabra enfermedad incluye ambos términos, pero su diferencia conceptual hacen necesaria su separación terminológica para comprender el sentido de los discursos.

Las preocupaciones sobre la salud y el padecimiento que no se resuelven en la red primaria llevan a los actores sociales a la consulta de AP. La mayoría de los padecimientos se ignoran, se niegan o se tratan con remedios caseros. Desde la antropología, Menéndez (1991) y la bioética, Kleinman (1980), señalan que el padecimiento se aborda en la mayoría de los casos dentro de la red primaria.

El malestar, la incertidumbre, el miedo, la inseguridad en lo cotidiano llevan el padecimiento a la consulta del profesional. Se consulta por un padecimiento, no por una enfermedad. El padecimiento crea un sentimiento de pérdida de la identidad individual, mueve al individuo urbano a proyectar su vivencia fuera de sí mismo y de su entorno.

En AP se abordan problemas cotidianos, banales, crónicos, disfuncionales, que, en muchas ocasiones, no pueden ser asignados a una categoría nosológica conocida. Lo que McWhinney (1995) llama dolencia. Son problemas personales, dentro del entorno familiar o laboral los que buscan ayuda.

Los padecimientos no orgánicos (del alma, mágicos en otras culturas), incluso muchos padecimientos referidos al cuerpo, están relacionados con el contexto socio-familiar.

Uno de los hallazgos de la Etnomedicina se basa en la idea de que cada cultura genera sus propios padecimientos y está en relación con el contexto familiar, ideológico, económico y social. En muchos casos la enfermedad no es más que la expresión de contradicciones y conflictos, ansiedades y peligros de la estructura social en la que vive la víctima (Prat, 1980).

Young (1982) desarrolla la idea de una antropología del “Illness” y otra del “Sickness”, la primera desde una perspectiva culturalista y la segunda con una orientación más sociológica y centrada en prácticas y contexto.

Good (1977) establece la dimensión cultural de la enfermedad partiendo de que no constituye una entidad natural, sino una realidad sociohistórica.

Para la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC) (1998) “la mitad de las consultas de AP tienen su origen en un problema psico-social, aunque el paciente no llegue a presentar problemas psiquiátricos”

También Ortí (1994), desde la sociología, observa como las patologías simbólicas y más significativas de cada biosocioestrato vendrían a sintomatizar, a significar lugares de quiebra, de conflicto, de desajuste en las formas de vida y en los procesos de articulación que en los distintos niveles se producen y se requieren para construir, de forma más o menos equilibrada las identidades personales o colectivas. El conjunto de patrones de conducta e incluso enfermedades significativas de cada biosocioestrato condensarían problemas derivados del conflictivo proceso de construcción de la identidad personal y de la relación de dicho proceso con el complejo campo de las formas de vida y relaciones del sujeto con el medio.

El padecimiento está culturalmente formado, socialmente construido y personalmente vivido. Esa vivencia, no clasificable en muchas ocasiones, es la que se llega a compartir con el MC.

En los últimos años se ha establecido una corriente de opinión que defiende que los actuales sistemas de clasificación psiquiátrica, elaborados fundamentalmente para el medio hospitalario, no son satisfactorios en AP. La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) muestran discrepancias en la consideración de los síntomas requeridos o su duración, en el ámbito de cada trastorno específico. Pero, además, los malestares psicológicos observados en AP presentan características semiológicas y de abordaje que configuran un ámbito de conocimiento propio que resultan difíciles encuadrar en cualquiera de las dos clasificaciones (García Campayo, 2002).

En un macroestudio de la OMS, se detectó que pacientes con síntomas clínicos y funcionales, presentaban en un 9% de los casos, malestar psicológico subclínico, que no cumplía criterios de trastorno psiquiátrico según la DSM- IV y la CIE-9 (Sartorius, 1996).

Padecimiento y enfermedad son conceptos relacionados, pero no equiparables. Es la enfermedad lo que justifica la existencia del Sistema Sanitario, pero es el padecimiento lo que identifica como valiosa, e incluso, le concede su razón de ser a la AP. El núcleo del padecimiento que se trata como enfermedad queda sin apoyo en múltiples ocasiones. Si no se comprende la diferencia se crea frustración, una barrera difícil de eliminar, e incluso patología secundaria al abordaje inadecuado.

El padecimiento que se identifica como razón de ser del MC va a incluir, por un lado, patología crónica, degenerativa, pacientes terminales que tienen de común la vivencia de sentirse mal durante largos periodos de tiempo y sin solución biomédica clara.

Por otro lado, trastornos disfuncionales, síntomas sin enfermedad, dolencias indiferenciadas cuyo origen está en la vivencia, en el entorno social, tampoco reciben respuesta definitiva por la ciencia. Son dolencias frecuentes que acuden a la consulta de AP.

Se calcula que en AP, los cuadros clínicos permanecen indiferenciados, incluso después de ser estudiados, entre 25-50%, según el tiempo de observación y los criterios adoptados para su diferenciación (McWhinney, 1995).

El tercer gran grupo de enfermedades con repercusión física importante como: colon irritable, lumbalgias, cefaleas, fibromialgia, fatiga crónica, reumatismos... también tendrían un componente psico-social en su conformación y en su vivencia.

Son padecimientos que afectan a la persona y que están en una zona marginal de los campos de estudio de la Medicina Interna y de la Psiquiatría. El paciente queda en manos de la AP, no por elección, sino como una imposición del Sistema Sanitario, sin encontrar en muchas ocasiones el resultado esperado.

La población anciana portadora de patología crónica y, en ocasiones, de pluripatología ha hecho cuestionar, sobre todo por el gasto sanitario que ocasiona, el manejo de sus problemas de salud. Sería el paradigma de padecimiento, sin solución médica definitiva en pacientes que ven su apoyo social disminuido. Es verdad que el debate bioético se fundamenta en la oportunidad del gasto sanitario, pero cuestiona asimismo un punto clave en el padecimiento, la ineficacia del tratamiento convencional que produce poca ayuda al paciente con un gasto sanitario elevado.

La alta prevalencia de patología crónica por los cambios demográficos en los países desarrollados ha convertido el problema en relevante. En EEUU se ha pasado desde 1900 a 1985, de 3,1 millones de personas mayores de 65 años a 28 millones (Jennings, 1988). En España, un 15-20% de la población es mayor de 65 años y un 8% mayor de 75 años; el segmento anciano consume el 65% del gasto sanitario (Martín Lesende, 2001).

Algunos autores consideran más prudente dirigir el gasto sanitario a enfermedades agudas de gente joven (Daniels, 1988). Fundamentan la moral en el valor de la vida humana.

Se centran más en la extensión de la vida que en el estado funcional o la calidad de vida del paciente.

Se cuestiona desde la bioética americana el gasto que supone tratar enfermos con enfermedades graves y patología severa. Existe una controversia sobre el coste de servicios médicos y los límites de las intervenciones médicas en pacientes ancianos. Aparece un conflicto con el derecho a la atención médica para mantener los principios básicos de la medicina: preservación de la vida, ayuda al que sufre y respeto para los pacientes (Cassell, 1991). Para Cassel deben actuar la medicina biomédica y humanística simultáneamente. El bienestar del paciente es la medida para aportar intervención sanitaria.

En definitiva, aparece el padecimiento en su dimensión más humana y social como detonante de una medicina que fracasa al tratar médicamente lo que no se puede curar, generando poca ayuda y mucho gasto.

6.1.3. Enfermedad como interpretación racional del padecimiento.

El hombre urbano busca transformar su queja en enfermedad para identificar y dominar “el mal”. La razón da significado a la enfermedad: por qué se produce, su gravedad, su solución.

Históricamente la vida saludable de la medicina griega y medieval pasaron a un segundo plano en la medicina moderna. Se adoptó un modelo ontológico de la enfermedad. Ya en el siglo XVII, Sydenham declaró que las enfermedades eran entidades autónomas. En el siglo XIX se intentó ordenar esas enfermedades y clasificarlas siguiendo el ejemplo de otras disciplinas como la Botánica. Esto supuso observar los hallazgos clínicos y correlacionarlos con patologías específicas. Posteriormente se reforzó esta idea con la demostración de microorganismos como agentes causales de muchas enfermedades (Vuori, 1988).

Los avances de la medicina aplicada en el último siglo han ido creando el mito de que el padecimiento, al convertirse en enfermedad, se puede dominar. No hay nada imposible para la Ciencia que ha adquirido, en el mundo occidental, la categoría de omnipotente. Se ha creado en nuestro medio una concepción Mítica de la Ciencia como dominio del mal y de la muerte. Pero siguiendo a Ortega (1995), la posesión de la verdad es como la posesión de Dios, un acontecimiento que no ha acontecido, ni puede acontecer en esta vida. La ciencia es sólo un ideal. La de hoy corrige la de ayer, y la de mañana, la de hoy.

De forma simultánea, la fe en la ciencia basada en la razón ha hecho desaparecer de la esfera pública, el espacio compartido, los elementos no racionales del padecimiento que, sin embargo, siguen presentes pero ocultos. Mientras el padecimiento conlleva, como vivencia, creencias, valores, miedos... la enfermedad tiende a reprimir estos elementos siempre presentes. Cuando la vivencia del padecimiento es más intensa, más amenazante, más inquietante, los elementos no racionales afloran con más fuerza. Los sentimientos y las creencias son difícilmente comunicables en un medio presidido por la razón.

La realidad del padecimiento es un enigma propuesto a la existencia. El hombre reacciona, cuando hace referencia a la realidad auténtica, haciendo funcionar su aparato intelectual, que es sobre todo imaginación (Ortega, 1995). Para este autor, el hombre reacciona segregando en la intimidad un mundo imaginario. Se retira de la realidad, claro que imaginariamente y se va a vivir a un mundo interior. Lo que llamamos intimidad no es sino nuestro imaginario mundo, el mundo de nuestras ideas es lo específico del hombre y se llama ensimismarse. De ese ensimismamiento sale el hombre para volver a la realidad, pero ahora mirándola, como con un instrumento óptico desde su mundo interior, desde sus ideas alguna de las cuales se consolidaron en creencias.

Esa elaboración del padecimiento lleva implícito el mundo imaginario íntimo que se oculta en la enfermedad. Las insatisfacciones, las penas, las dudas se canalizan en el hombre y mujer urbanos en la enfermedad. La enfermedad se convierte en la forma confesable y comunicable del sufrimiento (Israel, 1976).

También “lo sagrado” está presente y activo en un entorno desacralizado como es el estudiado, principalmente en los universos imaginarios. Pero las experiencias imaginarias forman parte del ser humano total, y no son menos significativas que sus experiencias diurnas (Eliade, 2000).

Siguiendo a Laplantine (1986) el modelo que predomina en nuestra cultura es un modelo ontológico, es decir, centrado en la enfermedad y con carácter más geográfico que histórico, en relación con la exterioridad, de naturaleza físico-naturalista.

La enfermedad es la razón de ser del Sistema Sanitario. La objetividad de la enfermedad es lo que tiene credibilidad para el hombre y mujer urbanos. Los componentes no racionales de la enfermedad se reprimen y ocultan.

El padecimiento transformado en enfermedad y su tratamiento es lo que solicita a la Ciencia el hombre urbano y periurbano de nuestro entorno. El conocimiento médico estandarizado y compartido por los miembros de la sociedad, es un conjunto de principios, reglas de inferencia de síntomas, pautas de tratamiento posibles, que permiten una aproximación, aunque sea elemental al quehacer médico y regula las expectativas del paciente (Gordon, 1990).

6.1.3.1. Dualismo mente/cuerpo vigente pero insuficiente.

Históricamente, desde la Grecia Clásica, se ha ido construyendo una concepción de la persona que incluye dos componentes esenciales: mente y cuerpo, que se mantiene en nuestros días.

Ese dualismo se pone de manifiesto en la comunicación del MAL que aqueja al individuo enfermo. Como se ha visto en el presente estudio, el cuerpo suele ser la estructura simbólica a través de la cual se expresan malestares profundos en AP. Coincide con lo observado por Barsky (1995): en AP, entre el 38-60% de las quejas corporales no tienen una explicación biológica.

Es complicado con el pensamiento lógico, racional, explicar males existenciales con componentes no racionales. Se ha visto que lo mental, lo no racional de la queja queda oculto. La queja física es lo comunicado pero siempre lleva implícita problemas “no físicos” de la persona. La imagen del cuerpo no es un pensamiento reflexivo, sino forma parte de procesos inconscientes culturalmente formados.

“Estar malo” tiene una connotación biológica y sociocultural. Coloquialmente significa estar enfermo, pero en castellano malo es algo que carece de bondad, que es “nocivo para la salud”.

Como expresa Laín en *El CuerpoHumano. Teoría Actual (1989)*, solo la realidad de mi cuerpo- de ser yo mi cuerpo- me llega lo que consciente e inconscientemente sirve de base a mi certidumbre de existir: estar pensando, estar oyendo, estar sintiéndome bien o mal. ... Solo sé que mi conciencia de ser y vivir aquí y ahora es siempre, en una u otra forma, conciencia de mi cuerpo, experiencia de una actividad de la que el cuerpo es parte esencial.

El cuerpo se convierte en objeto sobre el que se tiene un dominio análogo, al que se obtiene sobre las cosas materiales. El cuerpo se torna en un simple instrumento del

pensamiento. Cuando la técnica da mayor posibilidad de ejercer un poder cada vez mayor sobre el cuerpo, la realidad corporal del hombre es vista como un dato permanentemente técnico (Andorno, 1998).

En el sentido más radical las percepciones corporales transmiten los significados de cómo está en el mundo una persona (Rudebeck, 1999).

Para Weizsäcker lo psíquico y lo somático no son dependientes, son una comunidad de expresión, un “suceder simultáneo”. Hay una relación entre dos posibilidades de respuesta del sujeto en una situación de decisión; posibilidades entre si equivalentes y capaces de representarse la una a la otra. En el cuadro clínico se juntan así los síntomas anímicos y los corporales, mas no en cuanto procedentes los unos de los otros, sino como emanantes de ese fondo inobjetivable de la persona viviente. Ambos modos de expresión se rigen por un doble principio de equivalencia y la mutua representatividad, manifiestan y encubren, desvelan y ocultan a la vez la realidad profunda de la vida y el sentido que esencialmente posee la realización de esta en el mundo (Laín, 1978).

Se asume en la población estudiada, de forma general, que lo mental requiere otro tiempo y espacio diferentes a la consulta del MC. Por eso, se llevan quejas y malestares referidos al cuerpo a la consulta de AP. Cape (1999) observa como el 64% de los pacientes no comentan síntomas emocionales a su médico porque considera que no le va a poder ayudar, por falta de tiempo o por barreras en la comunicación.

Si el padecimiento es una vivencia, busca una forma de manifestarse y comunicarse a través del cuerpo, como se hacía en etapas más precoces del desarrollo. Además es el nivel somático el que se trata con mayor dimensión científica y el que ha valido a la medicina moderna sus éxitos (Israel, 1976).

Hay trabajos que avalan el hecho de que la patología psico-social se presenta con síntomas referidos al cuerpo, que el MC no identifica (Weich, 1995; Peveler, 1997; Ibrandsen, 1998). Higgins (1994) afirma que cerca de la mitad de los problemas psico-sociales permanecen desconocidos en AP.

La comorbilidad de patología física y psíquica en AP es muy frecuente, como no podía ser de otra forma al hablar de padecimiento. La morbilidad física de moderada a severa, aumenta el riesgo de desarrollar una enfermedad mental. Cuando la enfermedad esta presente, los síntomas psiquiátricos son más severos (Kisely, 1996). Aunque así lo expresa el autor del trabajo, también cabría decir que el padecimiento de mayor intensidad genera alteraciones en cuerpo y mente.

Parece que la dualidad mente/cuerpo se mantiene en AP. Por parte de los pacientes para expresar su queja a través del cuerpo, por parte de los profesionales recogiendo la queja somática e intentando adaptarla al paradigma biomédico.

Si se supera la separación mente/cuerpo en la relación clínica mejora el tratamiento del dolor crónico (Bates, 1997).

No hay línea divisoria entre la infelicidad por una enfermedad física o la infelicidad espiritual que se subsanaba con asesoramiento religioso. En el último caso, la infelicidad no era un “padecimiento mental” sino una crisis espiritual, el resultado de la frustración, del aburrimiento. Pero cuando la infelicidad se incluye en el campo de la ciencia y de la economía ya no está claro donde terminan los límites de la asistencia sanitaria y donde comienzan los de la religión (Dworkin, 2002).

Para Abraham Maslow (1983), la neurosis se relacionan con alteraciones espirituales, la pérdida de significado o de esperanza, la falta de armonía y alegría o imprecisión acerca de los objetivos de la vida.

Correspondería con la prevalencia estimada del 30% de pacientes que acuden a AP con cuadros depresivos, como síntoma aislado o asociado a otros trastornos psiquiátricos (Vázquez Barquero, 1999).

En el tratado de “Medicina de Familia”, McWhinney (1995) ve la separación mente cuerpo como disfuncional para el manejo de parte de la patología abordada en AP. Kroenke (1989) observa, en este sentido, como las estrategias diagnósticas que enfatizan las causas orgánicas son, en muchos casos, inadecuadas.

La realidad es que la dicotomía existe en la representación de la enfermedad de los pacientes actuales. Hay que plantearse, desde el sistema sanitario, como se aborda el padecimiento en AP.

Jemmott (1984) identifica los acontecimientos vitales estresantes sufridos por las personas, como factor de riesgo que puede, incluso, llegar a aumentar la mortalidad, para enfermedades como infecciones respiratorias, hipertensión y enfermedad coronaria.

Los varones con problemas familiares graves están expuestos a un riesgo tres veces mayor de angina comparados con los que tenían pocos problemas familiares (Medalie, 1976).

La representación social de la persona como mente y cuerpo es una más entre las representaciones que existen en otras culturas. Pero mente y cuerpo son una realidad única e inseparable.

Para el chino, el cuerpo sería una red de energías que relacionan el ser humano, y la acupuntura respondería, desde esta concepción, a los problemas de salud.

Para el budismo, el organismo humano es una condensación de la energía universal, a la que debe volver inevitablemente en el momento de la disolución (muerte). La práctica de la meditación Zen permite al budista conectarse conscientemente con la Fuente Primigenia de su vida, con lo que desaparece el miedo a la muerte y, al cambio, o dicho de otra manera,

disminuye el apego a la forma individual y al concepto de Yo; conduce al equilibrio, a la salud global (Villalba, 2000).

La imagen del cuerpo no solo es un pensamiento reflexivo, sino forma parte de procesos inconscientes, culturalmente conformados. Esta imagen conlleva una forma de abordar el padecimiento, que no es la única, ni posiblemente la mejor.

Aparecen somatizadores como modelo de comportamiento asociado a distress emocional en personas, sin que sea este su motivo de preocupación (Kirmayer, 1996).

Según estimaciones recientes, un tercio de las consultas de AP se encuentran afectadas por un trastorno mental, ya sea como patología principal o accesoria y un 30-40% de la población general requerirá cuidados psiquiátricos en el transcurso de su vida (Alonso Fernández, 2001). Son palabras de un experto en psiquiatría que ponen de relieve la “patologización” del padecimiento y su desplazamiento hacia el “técnico de la mente”. Refleja como la Ciencia va extendiendo su manto y cubriendo los trastornos disfuncionales y adaptativos (Kerns, 1990; Craig, 1994), los nombra y trata proporcionando al paciente una tabla de salvación que no lo excluya del contexto social.

La separación Mente/ Cuerpo en el manejo de un padecimiento crea otra dificultad añadida en AP. Es una separación artificial que no guarda relación con el tipo de problemas atendidos en AP y dificulta el abordaje.

Son las quejas referidas al cuerpo lo que se identifica con AP. A los problemas mentales se les asigna otro tiempo y otro espacio.

Hay que preguntarse si la estrategia de manejo en AP, centrada en el cuerpo del consultante, obedece a la imposibilidad de hacer otro abordaje por limitación de tiempo, de formación, de contención de emociones, o bien se debe al sentimiento de incapacidad para abordar estos problemas desde la consulta. Parece necesario reflexionar sobre este tema.

6.1.3.2. Falta significado al sufrimiento.

La enfermedad en nuestro entorno ha sido asimilada a la cultura médica que sugiere que hay que eliminarla con medios técnico-científicos. El sentimiento generalizado de que toda enfermedad puede tener alivio o cura condiciona que el individuo busque menos los recursos internos, que muchas veces ignora.

Parece que, en nuestro entorno, el temor ante la enfermedad es más amenazador que la propia enfermedad y el temor al dolor, peor que el propio dolor. Los dispositivos de ayuda extendidos por el Estado de Bienestar dejan al hombre en manos de dispositivos de sustitución como sedantes, analgésicos... en detrimento de sus propios recursos.

El dolor, el sufrimiento, la muerte, no se asumen como parte tan importante de la vida como la felicidad. La obsesión social de la seguridad como finalidad principal, evita un desarrollo psíquico sano capaz de soportar la inseguridad, la incertidumbre, y el hombre está realmente inseguro física, psíquica y espiritualmente (Fromm, 1994).

Se observa como los grupos más jóvenes son los que menos solicitan la figura del MC, pero muestran mayor intolerancia al sufrimiento dentro de los grupos estudiados. El segmento físicamente más fuerte, con valoración social positiva y mejor autopercepción de su estado de salud, muestra mayor intolerancia al sufrimiento. Es un problema que no produce un gasto sanitario poco eficiente en la actualidad, como ocurre en el segmento anciano, pero hace vislumbrar unos adultos del futuro, más frágiles y quizás más dependientes. Sería una actividad de educación para la salud presente y futura.

La fe en la razón es una opción mítica. No se pueden descubrir fundamentos por la mera aplicación de la razón. La opción mítica es necesaria para que el ser humano pueda constituirse como presencia de la razón en el mundo irracional (Kolakowski, 1999).

El sufrimiento, el dolor, la muerte son experiencias humanas inevitablemente compartidas por todas las personas de cualquier cultura o sociedad.

La lucha contra el sufrimiento es una de las manifestaciones más notables de la ideología del progreso que domina los discursos. Hay que eliminar el sufrimiento lo antes posible y se asigna al médico gran capacidad para esa misión.

Correspondería con la frecuentación de los servicios de urgencia, que se hace costumbre para el hombre y mujer urbanos. Incluso en la franja horaria compatible con AP esta aumentando dicha frecuentación (Rodríguez Alcántara, 1998; Quintana 1988). Hasta un 32% de las visitas a urgencias hospitalarias pueden ocurrir en el horario de AP (Cantalejo, 1998). De cada 100 personas que llegan a la urgencia hospitalaria, tan solo 30 son urgencias reales. El resto podrían haber sido atendidos en sus centros de AP (González de Pablo, 1999).

El mal físico puede suponer una dolencia; el mal entonces estará en las posibilidades que a mí me ofrezca esa dolencia. Pero esa dolencia no es forzosamente una amputación de la felicidad del hombre. Cuántas cosas excelentes hay que el hombre encuentra como posibilidades en una enfermedad, que no las encontraría si fuera plenamente sano. En tanto en cuanto algo es fuente de posibilidades positivas o negativas, merece llamarse bien o mal físicamente considerado. Es decir, el mal moral es idénticamente un mal físico, y el mal físico es idénticamente el mal moral (Zubiri, 1986).

No cabe la menor duda de que con la actual tecnología, en la sociedad occidental ha mejorado el nivel de bienestar, y esto lleva aparejado un cambio en la percepción del mundo: a medida que el sufrimiento se hace menos visible, deja de verse como connatural a los seres

humanos, se le considera una anomalía, una señal de que algo ha salido terriblemente mal, como una señal de fracaso de algún sistema, incluso una violación de nuestro derecho de felicidad (Dalai Lama, 1999).

El sufrimiento es algo inherente a la condición humana. La búsqueda de significado del sufrimiento queda fuera de los objetivos de la Ciencia.

En las culturas primitivas no se puede concebir un sufrimiento no provocado; este proviene de una falta personal (falta religiosa), o de una maldad del vecino (acción mágica), pero siempre hay una falta en la base, o por lo menos una causa identificada en la voluntad del Dios Supremo, olvidado, a quien el hombre se ve obligado a dirigirse en última instancia. En cada uno de los casos el sufrimiento se hace coherente y por consiguiente llevadero. El primitivo lucha contra ese sufrimiento con todos los medios mágicos-religiosos a su alcance, pero lo soporta moralmente porque no es absurdo (Eliade, 1998).

En nuestro entorno el sufrimiento busca cobijo en la tecno-ciencia. Se busca silenciar el sufrimiento antes que darle sentido.

Para Weizsäcker la enfermedad tiene siempre, patente u oculto, un sentido positivo. La conservación y la normalidad de la vida no son en rigor el sentido último de la vida. El sentido positivo de la enfermedad se encuentra, para este autor, en el plano psicológico y social por un lado y en el antropológico y metafísico por otro. La enfermedad del hombre es su ocasión para llegar a ser él mismo. La enfermedad hecha inconscientemente y sufrida conscientemente es obra de la persona, creación personal. La crisis de la enfermedad pone en evidencia la condición limitada de las tres notas constitutivas de la esencia del hombre: Libre voluntad, autonomía e identidad personal (Laín, 1978).

El sufrimiento es una cuestión muy personal. La intensidad del sufrimiento producido por un dolor o una enfermedad depende de factores individuales (Cassell, 1982).

Para Cassel (1982), el dualismo mente/ cuerpo ejercido por la medicina históricamente ha condicionado un abordaje por parte de los médicos de las enfermedades del cuerpo, no del sufrimiento personal. La trascendencia es la mejor forma de ayudar al sufrimiento. Hay que intentar encontrar la relación entre padecimiento y sufrimiento para cumplir el fin de la medicina que se dirige hacia la realidad del hombre que sufre.

Idénticos hechos pueden enriquecer la personalidad o ser motivo de ruina. El sufrimiento puede concebirse como absurdo o como posibilidad de penetrar en el sentido del hombre, como una ventana al YO para mirar a la trascendencia (Vilar y Planas, 1998).

Edward Munch, pintor noruego que ha conseguido expresar en su obra “El Grito” el sufrimiento de un alma angustiada, con tal acierto, que se recurre a ella para ilustrar libros y revistas sobre el dolor y psiquiatría dejó escrito: “Sin la enfermedad y la ansiedad yo hubiera sido un barco sin timón” (Luján, 1993).

En una entrevista en The Times declaraba Solzhenitsin en 1983: “ el dolor es esencial para nuestro progreso espiritual y para nuestro perfeccionamiento interior. El sufrimiento viene repartido a la humanidad y a cada hombre, en una cantidad suficiente, para que el hombre pueda sacar utilidad de él, si lo sabe usar para su crecimiento interior. Pero si en su lugar se amarga, entonces se ha decidido por una alternativa negativa”.

Se puede explicar una enfermedad con la razón, pero es difícil abordar el significado y el sentido de un padecimiento. Sin significado es difícil recuperar el sentido vital.

Hay poca tolerancia al sufrimiento que hace más difícil la asimilación del padecimiento.

El MC tiene otro punto complicado en su quehacer diario. Atender a la persona que sufre es uno de los objetivos básicos de la medicina (Toombs, 1992), de forma especial en

AP. La búsqueda de sentido no puede llevarse a cabo en la consulta exclusivamente, pero debe ser un objetivo a conseguir por el paciente para continuar con una vida constructiva.

El miedo que la enfermedad produce en todos los grupos y su intolerancia, crea una corriente de solidaridad como no es capaz de hacerlo otro tipo de sufrimiento o desgracia. Los afectos y sentimientos de compasión, muchas veces dormidos, despiertan ante la angustia que la enfermedad produce. Quizás sea la enfermedad uno de los procesos generadores de solidaridad de forma universal. En una sociedad pluralista en sus valores, secularizada, sin referente moral central respetado por la comunidad, se encuentra la enfermedad como agente movilizador de sentimientos y acciones más potentes que otros motivos religiosos, políticos o sociales.

6.1.4. Representación social del proceso salud/padecimiento/enfermedad por socioestrato.

La experiencia de salud/ padecimiento/ enfermedad va a tener diferencias significativas según socioestrato al que pertenezca el individuo. Estudios de distinta procedencia y metodología, avalan este hecho.

Para el socioestrato MA:

La autopercepción del estado de salud es positiva para este segmento de población. Se ha observado una autovaloración positiva de la salud creciente en relación con los ingresos anuales (Del Llano Señarís, 2004).

La autopercepción de salud positiva va a condicionar un menor consumo de fármacos (Gómez, 1993; Gri, 1999). La mayor capacidad para el autocuidado y automedicación en el proceso salud/padecimiento, en este segmento de población, menor necesidad sentida del MC.

Las metas de prestigio, riqueza y poder están próximas a su realidad cotidiana en este socioestrato. Las necesidades presentes están cubiertas y la confianza en sí mismos y en los resortes que tienen a su disposición les hace mantener una actitud de seguridad en lo que a salud y padecimiento se refieren. Las metas de prestigio, la adquisición de estatus con sus instrumentos de riqueza o poder marcan relaciones interpersonales competitivas y rivalizadoras por la lucha necesaria para mantener el rol. El estrés aparece como resultado de estos conflictos.

El médico da más explicaciones en este socioestrato. El paciente tiene más oportunidad de expresar sus miedos y esperanzas y tiene más tiempo en la consulta (Fried, 1981). En el presente estudio aparece como el segmento de población menos necesitado del MC.

Se reclama su atención para “asegurar” el futuro que necesariamente conlleva una dosis de incertidumbre. Hay mas preocupación por el devenir que por el presente, en lo que se refiere al proceso S/P/E y a su relación con la AP.

Para el socioestrato MB

Hay cierta ambivalencia entre el desarrollo social alcanzado y su posición subalterna en la sociedad para este socioestrato. La realidad no se corresponde con la imagen social de salud y felicidad proyectada.

La autovaloración del estado de salud es más negativa a medida que disminuyen los ingresos anuales (Del Llano Señarís, 2004).

Hay una insatisfacción de estatus que si es continuada en el tiempo, causa desánimo, frustración y resentimiento social. Esto conlleva inseguridad y desconfianza de sus miembros

con retirada de la adhesión social y aumento de la agresividad. Se produce pérdida de la identificación del individuo con el propio grupo y por lo tanto se debilita la integración social.

El desarraigo conlleva la dificultad para fundar un comportamiento estable. Predominan las pautas de acción utilitaria.

La vinculación de la salud con el dinero hacen temer por su consecución.

Son los grupos de este socioestrato los que muestran mayor incompreensión y críticas en el manejo del profesional de sus problemas de salud. Para este socioestrato es el presente lo que se ve amenazado y lo que solicita mas ayuda del profesional.

Coincide con el aumento de la frecuentación en las consultas de primaria entre personas del socioestrato bajo (González Medel, 2005; Artacoz, 2004) o entre ancianos de este socioestrato que viven solos (McNiece, 1999).

Se ha visto como los pacientes del socioestrato MB son los que más solicitan ayuda del MC y también los que realizan mayor número de consultas con otros servicios de salud y servicios sociales (Niel, 2001).

6.2. RELACIÓN PACIENTE/MÉDICO DE CABECERA EN ATENCIÓN PRIMARIA

6.2.1. ¿Qué busca el paciente en el médico de cabecera?

Se van a considerar los aspectos culturales, sociales y personales de lo que el paciente urbano busca en el MC. No se puede hacer una separación nítida de las tres facetas que son, en realidad, tres caras del mismo fenómeno. Las tres se encuentran unidas pero su exposición por separado facilita la aproximación al tema.

6.2.1.1 Vertiente antropológica.

6.2.1.1.1. Entender y aliviar el padecimiento.

Entender y aliviar el padecimiento sería la necesidad básica que el paciente urbano / periurbano busca en el MC.

Cuando se habla del MC en los grupos de discusión, se identifica con la medicina científica. Es el técnico avalado por la Ciencia lo que otorga credibilidad al MC. Pero se ha visto que el campo del MC reconocido por el paciente urbano es el del padecimiento. Por tanto, necesariamente integra subjetividad, valores, significados mas allá de la ciencia.

El padecimiento forma parte de la cotidianidad del individuo de cualquier edad, género o socioestrato. El padecimiento es una vivencia subjetiva encuadrada en una biografía y en un contexto socio-cultural determinado. Desde la Antropología se ha comparado el papel de enfermo en diferentes sociedades y grupos y ha observado un amplio abanico de condiciones que llevan a dicho papel: trastornos físicos u orgánicos, padecimientos psicosomáticos, síndromes socio-culturales o padecimientos folk, enfermedades mentales o psicológicas, o problemas existenciales o lo que se considera padecimientos metafísicos (Parson, 1948).

El padecimiento que no encuentra comprensión y apoyo en la familia o en la red primaria necesita salir del individuo y proyectarse.

Cuando el paciente busca comprender el padecimiento, busca en el médico una respuesta cultural y socialmente aceptada. Hay opciones alternativas a la medicina científica, pero es esta la que posee una credibilidad de rango superior en el paciente urbano y peirurbano. El padecimiento es un *interrogante sobre la propia existencia*, amenaza la autonomía, la pérdida de control, en definitiva la identidad personal. La reflexión sobre el

origen del padecimiento, el sufrimiento, el futuro, hace sentir al hombre impotente para abordarlo.

La búsqueda de significado al padecimiento va mas allá del sufrimiento inmediato, tiene que ver con una vivencia que cuestiona el significado de la propia vida.

El padecimiento proyectado en el médico, como agente intermediario entre la red primaria y la Ciencia, intenta comprender el significado. Esta comprensión del significado, hace al padecimiento tolerable o al menos manejable (Margo,1994). La explicación del padecimiento por el médico supone una comprensión de la vivencia y un primer paso para aliviar el sufrimiento que produce. Se busca explicar la vivencia a través de la razón. Se intenta convertir una experiencia humana en una construcción racional culturalmente formada como es la enfermedad.

Mientras el médico ve el cuadro del paciente como un ejemplo de enfermedad, el paciente lo siente con todas sus peculiaridades (Toombs, 1987).

Entender el padecimiento es una experiencia universal del hombre en todas las épocas. Desde las culturas primitivas el ser humano ha necesitado enfrentarse a la enfermedad y la muerte buscando una explicación integral como seres humanos a las razones de enfermar. Se ha requerido, para ello, la figura del chamán que a través de rituales mágico-religiosos mueve el universo simbólico capaz de dar sentido a la vida, no solo en el plano personal, sino el sentido del grupo de referencia.

En la urbe de un estado de bienestar actual, lo banal, lo disfuncional, lo cotidiano solicita ayuda del MC, que a través de la Ciencia, símbolo del saber y del poder aporta significado al padecimiento. Se han roto los muros de contención de la familia, la red primaria, la religión. La enfermedad/padecimiento no tiene sentido y el significado se busca en la ciencia.

La consulta médica mueve planos de significación simbólica que otorga comprensión y da significado culturalmente formado a la desdicha del que sufre. Sin embargo, olvida otros aspectos de la existencia que le deja en condiciones de inferioridad en gran parte de los problemas atendidos en AP respecto a la medicina folk.

Martín (1991) observó como la consulta sirve de alivio al paciente aunque no haya concordancia entre la percepción de la gravedad y la causa del problema por parte del paciente y el médico.

En AP se da significado a una vivencia subjetiva, amenazante, como es el padecimiento, bajo el prisma de la razón a través de la ciencia. Pero **entender el padecimiento no es siempre diagnosticar una enfermedad.**

La enfermedad es el punto de encuentro y la explicación más fácil de comprender y asumir por el enfermo y por el profesional. La enfermedad es un proceso de estandarización y simplificación del padecimiento. Suele establecer una relación causal con hábitos de conducta, personalidad, herencia, agentes externos... La enfermedad tranquiliza y proporciona una explicación plausible para el enfermo. Si la salud es un término vago y el padecimiento puede resultar demasiado complejo, poco comprensible para el hombre y mujer urbanos, la enfermedad es más concreta y por lo tanto más manejable.

El enfermo siempre lleva al médico un problema de existencia que amenaza la identidad personal. Ese problema supone una reflexión previa por parte del individuo y una proyección al exterior de una vivencia profunda.

El médico tiende a igualar sufrimiento con dolor y enfermedad. En su libro *The doctor and the soul*, V Frankl (1973) describe la importancia de encontrar significado al sufrimiento. Casi cualquier sufrimiento puede ser tolerado si se comprende su significado y no lo

podremos comprender hasta que nos demos cuenta que su significado es físico, mental y espiritual, de forma indivisible. Las personas sufren en todas las dimensiones de su ser.

La ciencia se ha convertido en una nueva religión, una nueva certeza sobre las cosas de la vida y proporciona la seguridad que antes daba la religión (Fromm, 1994) . O dicho de otra manera, se asume la ciencia Míticamente en nuestro entorno y el proceso S/P/E busca en ella la comprensión.

Por ese motivo, la enfermedad encuentra su principal referente en los especialistas con conocimientos más profundos en un campo determinado, con mas recursos técnicos a su disposición. Hay fe en la ciencia que durante el último siglo ha conseguido ganar algunas batallas al MAL. Los trasplantes que posibilitan prolongar la vida, la fecundación “in vitro” que puede crear vida, las intervenciones de cirugía estética que mantienen la juventud, si bien no eterna, si muy duradera... han hecho ver al hombre del mundo desarrollado que no hay nada imposible para la Ciencia.

El padecimiento y el médico de cabecera son la parte de la ciencia más terrenal, más humana. El padecimiento que no se transforma en enfermedad o la enfermedad que no tiene curación definitiva y queda como padecimiento, enfrenta al enfermo a una nueva realidad y al MC a sus limitaciones (García Campayo, 2004).

El MC es el desmitificado, el que “sabe un poco de todo”, como puntualizaba unos de los participantes, sin saber mucho de nada. Esto le convierte en alguien más próximo, más comprensible. Concede unas posibilidades de ayuda distintas a otros especialistas, que no siempre son desventajas, como se tiende a ver desde la perspectiva del profesional.

Por eso, cuando el individuo urbano habla de padecimiento necesita otro punto de referencia distinto del especialista. El MC, el médico de lo cotidiano pasa a ocupar un papel de apoyo, de manejo de problemas.

El padecimiento antes de acudir al médico elabora su propia percepción de la vivencia, una idea de lo que ocurre. Se ha visto como suele concretar la queja, en general, en un malestar físico. El cuerpo es la expresión de la vivencia que acude al MC aunque los malestares sean profundos, de origen psicosocial o espiritual. La queja expresada no siempre es la necesidad sentida. El padecimiento que sale del entorno para acudir al médico, además de la razón moviliza experiencias, la parte menos racional de la vida y todo el mundo simbólico que rodea al padecimiento/enfermedad. Eso hace que los modelos explicativos de las dolencias por parte de los pacientes, con frecuencia sean discordantes con el modelo biomédico (Kleinman, 1978).

El simbolismo cultural focaliza la atención de los miembros de una misma sociedad en las mismas direcciones, determina campos de evocación paralelos y estructurados de la misma manera, pero deja al individuo la libertad de conducir en ellos una evocación a su gusto. El simbolismo cultural crea una comunidad de intereses, pero no de opiniones (Sperber, 1988).

Diversos estudios demuestran que la modificación de la idea que el paciente lleva a la consulta es la manera más satisfactoria de explicar el padecimiento. Atender la percepción y los puntos de vista del paciente mejora la eficacia del acto médico (Frederikson, 1995). Conocer algo nuevo sobre sí mismo por parte del paciente, y también del médico, convierte la consulta en terapéutica (Luban, 1995).

Cuando la explicación del padecimiento está de acuerdo con la visión del paciente en mas fácil que la relación clínica tenga efecto placebo por sí misma (Brody, 1980). El efecto placebo puede oscilar entre el 10 y 90% en la relación clínica (Moerman, 1983).

El padecimiento transformado en enfermedad produce un cambio en la concepción del individuo. Es una experiencia personal que realiza un cambio en la experiencia vital del individuo y se convierte en objeto de reflexión (Toombs, 1992). El paciente con su

imaginación y recursos experienciales da sentido a la explicación profesional. Siempre hay una interpretación de la consulta (Mabeck, 1997).

Es necesario un punto de encuentro entre médico y paciente en cuanto a la interpretación del padecimiento. Si la distancia entre ambos es grande la comunicación se distorsiona y puede llegar a romperse

Muchos de los problemas de salud que acuden al MC no solicitan un diagnóstico. Es suficiente descartar la gravedad del padecimiento o compartir la angustia o hablar de algún acontecimiento vital estresante para entender el padecimiento.

Se produce en el medio estudiado un desplazamiento de problemas banales, indefinidos, vitales desde la red primaria hacia el MC. Parece que hay una incapacidad creciente para adaptarse al medio y seguir con el ritmo de la vida. El sufrimiento que los problemas de salud producen, se toleran mal y necesitan alivio inmediato.

Se estima una prevalencia de “trastornos mentales” en AP entre el 25 % (Bernardo 1989; Gabarrón, 2002) y el 40 % (Barreto, 1998; Üstun, 1995). Puede llegar hasta un 68% en hiperfrecuentadores (Tizón, 1997).

En muestras de población general, menos del 25% de los pacientes con trastornos psiquiátricos es visitado por especialistas. La mayoría de esos pacientes se atienden en Atención Primaria. Además, el 10-15 % de los pacientes de AP presentan síntomas claros de ansiedad o depresión (García Campayo, 2002).

Se ha visto como el paciente urbano identifica al MC con la prevención, padecimientos banales, con problemas crónicos, degenerativos, con patología básicamente somática, con malestares y disfunciones y un amplio abanico de problemas mal definidos desde el punto de vista biomédico. Son problemas de etiología multifactorial, de consecuencias personales que dificultan la adaptación al medio social. Unos, no son

enfermedades y otros, teniendo la cualidad de enfermedad no tienen una solución específica por parte de la biomedicina. Todas tienen un denominador común: la multicausalidad y la complejidad. Además, se suelen unir varios problemas en la misma persona lo que genera mayor complicación al manejo (Sturmberg, 2002).

El campo del MC es un terreno amplio entre los tratados de medicina y las ciencias sociales. Pero el médico está inmerso en el terreno médico y como tal actúa. Da nombre y trata el padecimiento como enfermedad y por lo tanto tiende a **Medicalizar el padecimiento**.

Los cuadros clínicos indiferenciados en AP oscilan entre 25-50% dependiendo de los estudios realizados, criterios adoptados y el tiempo de observación (Kushner, 1987; Ruiz Moral, 1993). Haciendo un estudio y seguimiento posterior a la consulta de atención primaria en pacientes diagnosticados de cefalea inespecífica y llevado a cabo por especialistas, no se llega a un diagnóstico específico en las tres cuartas partes de los casos (Headache Study Group, 1986).

El nacimiento de la Medicina de Familia, el 12 de septiembre de 1978 en Alma-Ata por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Naciones Unidas para la infancia con la firma de la “Declaración de Alma-Ata” buscaba recuperar al Médico General pero con un cuerpo de conocimiento propio, con voluntad de proporcionar una ayuda integral al ciudadano y más interesada en estudios centrados en la observación clínica, estudios conductuales o de población.

Los problemas que el modelo biomédico trataba de forma ineficiente y había colocado en segundo plano, en la segunda mitad del siglo pasado, pasaban al centro de interés en la atención primaria. Se ha defendido el enfoque biopsicosocial postulado por Engel en 1977, con una visión clínica centrada en el paciente, por muchos autores (Stewart, 1984; Levenstein, 1986; Skorpen, 1997; Larivaara, 2001; Barry, 2001) .

Han pasado más de 25 años desde su nacimiento y la MFyC ha recorrido un camino tortuoso que todavía encuentra muchos obstáculos. En el balance que realiza Martín Zurro (2000) a los quince años de la puesta en marcha de la atención primaria en España, después de la reforma, aparece como primer problema que el ciudadano no es el eje vertebrador de la organización de AP.

Se genera un sentimiento de frustración en la interacción P-MC por falta de comprensión de la queja somática que encubre otros problemas (Johansson, 1996).

El MC descubre menos de la mitad de los problemas psicosociales que acuden a la consulta por un problema somático, siendo más fáciles de identificar los laborales que los psicosociales (Gulbradsen, 1998).

También se observa en nuestro medio que el 41% de los trastornos de ansiedad no son detectados por el MC, aunque probablemente esta tasa fuese mayor si se hubiese incluido la ansiedad subclínica de menor intensidad (Lobo, 1997).

El paciente “difícil”, pluripatológico, con problemas psicosociales es el peor comprendido y manejado en AP y siguen siendo motivo de publicaciones por la frustración que generan en pacientes y médicos. Se habla de síntomas depresivos como mejor predictor de la hiperfrecuentación (Dowrick, 2000). Diversos estudios describen las características de paciente difícil (Wilson, 1988; Hahn, 1994); otros hacen referencia a la sobrecarga de trabajo que generan (Crutcher, 1980) o a las características del profesional (Jackson, 1999). Resulta significativo la denominación de paciente difícil con la que se describe, de forma generalizada, en la prensa científica al paciente que no se ajusta al esquema clásico de una consulta médica.

Los problemas de salud disfuncionales son los que más dificultad encuentran en su manejo. Además los problemas no detectados, reflejan la falta de comprensión de la queja del

enfermo. No se puede abordar lo que no se conoce y, si se hace, llevará consigo una transformación “patologizante” del padecimiento.

El hombre urbano quiere comprender el significado de lo que le pasa, su causa, su gravedad. El miedo, la incertidumbre la inseguridad se ve proyectada en el MC que debe intentar detectar el significado del padecimiento por el que se consulta. Es difícil en muchos casos llegar a conseguirlo pero parece adecuado que se establezca como objetivo, como un trayecto a recorrer, con un destino final. No siempre se va a llegar al destino, pero es importante saber hacia donde caminar.

Baron (1985) pone de relieve la gran distancia que existe entre la forma de considerar la dolencia como médico y el modo de experimentar la misma como paciente.

Parte de la insatisfacción y estrés en el trabajo del profesional se debe a la inseguridad, a la desilusión del papel del médico de cabecera, a las demandas cambiantes en AP (Branthwaite, 1988). A veces no se comprende el significado del propio trabajo (López de Maturana, 1996), o se tiene una perspectiva biomédica que no corresponde con la realidad cotidiana (Loayssa, 1995). A veces hay que asumir normas institucionales alejadas, asimismo, de la realidad.

La diferencia por género, de acuerdo a las diferentes concepciones del proceso S/P/E van a condicionar diferencias significativas en la relación con el MC.

La mujer busca una comprensión más integral del padecimiento. Se ha visto como en la idea de salud /padecimiento la mujer incluye el mundo emocional y relacional. Por ello, la mujer tenderá a plantear problemas con más contenido psicosocial (Gulbrandsen, 1998; Deveugele, 2002), a proyectar problemas del entorno próximo, a realizar consultas relacionadas con su feminidad. La mujer acude con mayor frecuencia que el hombre a la consulta de AP (Bertakis, 2000).

El hombre presenta más quejas referidas al cuerpo. Tiende menos, como demuestra el trabajo de Guldbrandsen, a plantear problemas psicosociales, y cuando lo hacen se suelen referir al terreno laboral. Coincide con la representación que el varón tiene del proceso S/P. El mundo de las emociones queda más alejado de la reflexión del varón y las relaciones sociales se establecen en un marco laboral de forma prioritaria. La conservación de la red primaria queda a cargo de la mujer.

En este estudio se observa como se está produciendo una fragilización del rol masculino en el entorno analizado, con el probable aumento de problemas psicosociales en un futuro próximo.

Parece que el porcentaje de pacientes que no siguen las indicaciones del equipo de salud en cuanto a consejos o tratamiento médico oscila entre un 30 y 80% (Homedes, 1991). Esta frecuencia es mayor si se trata de enfermedades crónicas, asintomáticas, preventivas, cambios de hábitos. En dicho estudio se ve como las creencias de salud se correlacionan con el cumplimiento del tratamiento. El cumplimiento se encuentra asociado a la percepción de la vulnerabilidad, a las consecuencias de la enfermedad, a la gravedad de las mismas y a la eficacia del tratamiento (Matthews, 1977).

Cuando las expectativas u opiniones del paciente respecto a la información obtenida en la consulta son coherentes, mejora la adherencia al tratamiento (Carr, 1990). En la misma línea, Haynes (1976) encuentra que cuando el concepto salud/ enfermedad en el paciente y el médico se encuentran distantes se favorece la falta de adherencia.

Para Ong (1995) la conducta del profesional tiene consecuencias en la adhesión al tratamiento.

Aliviar el padecimiento no es siempre curar una enfermedad. Hay que comprender el significado simbólico y cultural y atender a la dimensión adaptativa de la enfermedad.

La comprensión del padecimiento forma parte del alivio. El cambio en la *percepción del padecimiento mueve el mundo simbólico y cambia la percepción de la vivencia*. El alivio pasa por la interpretación del padecimiento o hermenéutica. Es una interpretación que realiza el propio enfermo con la intervención del médico. La interacción P-MC lleva a una reinterpretación de la vivencia.

6.2.1.1.2. El médico de cabecera entre la sanación y la curación.

El médico se mueve en la consulta entre lo compartido con el enfermo como experiencia humana y lo no compartido, ese conocimiento científico superior que permite interpretar el padecimiento y que le otorga el poder sanador.

Desde cierto punto de vista podría compararse la hermenéutica al “descubrimiento” científico o tecnológico. Antes de producirse el descubrimiento, la realidad que se ha llegado a descubrir estaba ahí, lo que sucedía es que no la podíamos ver, no la entendíamos o no sabíamos como utilizarla. Del mismo modo, la hermenéutica creativa desvela significados que no se podían captar antes, o los realza con tanto vigor que, tras haber asimilado esta nueva interpretación, la conciencia ya no es la misma. Al final, la hermenéutica creativa cambia al ser humano (Eliade, 2000).

Cuando la enfermedad se cura la relación con el médico es satisfactoria. La adversidad se supera y el paciente vuelve a recuperar su control vital. El médico ha demostrado su poder y ha ganado la batalla a la enfermedad. Su papel social se ha cumplido satisfactoriamente.

Cuando la vivencia queda como padecimiento ya no se puede aportar la curación. Se requiere otra faceta del médico más integral y también más compleja: la Sanación.

El médico de cabecera cura la patología menos grave, pero tiene que sanar los problemas complejos. Se encuentra entre la curación y la sanación, pero es en la segunda faceta donde se reconoce la especificidad del MC y donde adquiere su mayor reconocimiento en la población estudiada. Maximizando el papel de sanador Dixon (1999) encuentra que mejora la efectividad de la consulta.

Aparece un nuevo desencuentro entre la perspectiva del paciente que busca recuperar la salud perdida (SANAR) y la del médico que busca CURAR enfermedades aplicando los remedios adecuados.

Sanar es recuperar la salud. No consiste siempre en suprimir una enfermedad, sino ser capaz con el estado actual y las limitaciones que el padecimiento condiciona, volver a tomar el ritmo de la propia vida y hacerla productiva en el entorno social. En definitiva, es ser capaz de asimilar el padecimiento a la experiencia vital.

Utilizar la palabra sanar no es recurrir a poderes mágicos, ni sobrenaturales. Cualquier persona con la empatía, la escucha, el afecto, puede tener capacidad para sanar a otra en muchas situaciones cotidianas (Siegel,1995). Cuando se escucha y comprende empáticamente se maximiza el papel de sanador y aumenta la efectividad del rito (Martín, 1991).

Se ha visto como en el individuo urbano se debilita la red primaria y hay un desplazamiento desde la misma hacia el médico en temas relacionados con el proceso S/ P/ E. Su posición social le coloca en un lugar privilegiado para la sanación porque representa una Ciencia a la que se respeta reverencialmente. Hall (2002) observa que si la relación con el médico es satisfactoria, mejora la salud autopercebida y el estado afectivo del paciente.

El sanador atiende al paciente, no a la enfermedad y busca la maduración y autoconocimiento. El padecimiento se introduce en el espacio humano y pone en juego valores y creencias. Es lo que ha hecho cuestionar a autores como Illich (1976), en *Némesis Médica*, el riesgo de medicalización de la vida al convertirse el médico en sanador espiritual. Es un riesgo real que hay que controlar y no magnificar.

En la medicina primitiva la magia es parte importante de la etiología de las enfermedades y por lo tanto también del tratamiento. La causa de la enfermedad es normalmente espiritual o sobrenatural y solo secundariamente debida a elementos físicos. Así, basada en el poder mágico llega a curar. La medicina primitiva no solo explica como se ha producido una enfermedad, sino también por qué, y quién es el responsable. La enfermedad no se analiza de forma aislada, sino que se pone en relación con otros factores sociales y culturales. Facilita la resignación frente a la enfermedad y llega a ver en ella una forma de perfeccionamiento e integración en el grupo (Kenny, 1980).

El sanador de nuestro entorno es un sanador de la persona dotado de poderes por la ciencia. Pero es un sanador humano. La discusión sobre el enfoque biomédico o humanista en AP (Girón, 2002; González Blasco, 2004) es también un planteamiento antiguo que no parece perder vigencia a lo largo de los siglos.

Ya en la Grecia Clásica existía una controversia entre los médicos de Cos y Cnido con dos líneas de pensamiento. Los cosianos se interesaban por la dolencia en todas sus dimensiones, incluyendo características individuales y personales. Los médicos de Cnido propugnaban la clasificación de la enfermedad como entidad independiente del paciente (Crookshank, 1926).

Es a finales del siglo XIX, en la era de la especialización, cuando Freud y Bernheim dan un salto cualitativo al abordar la enfermedad como modo de vivir el paciente. Lo aplican

en procesos neuróticos, pero de forma que trasciende un modelo biológico o sociológico pasando a un modelo biográfico e interpretativo (Laín, 1978).

En los años 20, Viktor von Weizsäcker introduce, según Laín Entralgo, lo que denomina mentalidad antropatólogica o patología personal. Para este autor, su problema central consiste en saber de que modo se personaliza el cuerpo, cómo los procesos somáticos se integran en la vida personal del paciente.

Parece que en el siglo XXI no es un debate cerrado. La AP surge como emergente del debate, que si bien concierne a cualquier especialidad, en el campo del MC cobra protagonismo. Se sigue estudiando el aspecto biomédico y humanista en AP como perspectivas bien diferenciadas frente a una realidad que necesariamente las engloba (Girón, 1998).

No se trata de tomar partido por uno u otro, sino de aplicar la ayuda mas adecuada a cada persona y cada problema de salud en cada momento (Lewinsohn, 1998). La polarización en el plano humanista puede medicalizar la vida, mientras que la polarización en el plano biomédico puede crear metapatologías y hace perder parte del sentido de la especialidad de MFyC.

La sanación en el presente es reclamada al MC por el socioestrato MB. En este segmento de población la posición social es más dependiente, los conocimientos y posibilidades son mas limitados y los problemas de salud se viven como una amenaza mayor. El paciente siente antes la pérdida de control de su propia vida. Se hace más necesario el MC para aliviar los males estructurales que se escapan de su control. Si no se solucionan los males que originan el padecimiento, al menos encuentran alivio en el MC.

Coincide con la mayoría de los estudios cuantitativos sobre una mayor utilización de servicios por socioestrato medio-bajo (Klineman, 1981; Bucquet, 1986; Regidor, 1996). Se ve que corresponde a un problema estructural que se mantiene a lo largo de los años.

Parece que la falta de explicación a síntomas somáticos, la ansiedad por el estado de salud, la ansiedad y depresión y una mala salud autopercibida aumentan el número de visitas al MC (Little, 2001).

Es el segmento M-B el que siente mayor necesidad del MC y también el que mantiene una postura más crítica por lo que reciben. La racionalidad científica y la propia se encuentran alejadas, la comunicación entre paciente y médico se hace más distante. Los desencuentros entre la percepción de uno y otros son mas frecuentes. Es un terreno no compartido y peor comprendido por los actores sociales del encuentro clínico.

Aparece en este socioestrato el recurso a la medicina alternativa, no como una opción más, elegida libremente (como ocurre en el socioestrato MA), ni como un complemento de la medicina científica, sino como refugio ante la falta de esperanza que ha sido negada por la medicina tradicional.

También la mujer urbana con su concepción integral de la salud y su mayor implicación en el autocuidado familiar reclama ese papel sanador del MC. Coincide con estudios cuantitativos en los que se evidencia una mayor frecuentación de la mujer en AP (Bertakis, 2000), así como mayor contenido psicológico y social respecto al varón (Gorroñoigoitia, 1992; Van den Brink-Muinen, 1994; Deveugele, 2002).

Para el socioestrato MA, el MC es el menos prestigiado. La racionalidad científica está más próxima a su propia racionalidad, la capacidad de autocuidado es mayor y el apoyo de la red primaria también. Este socioestrato no busca curación o sanación de lo banal en el MC. Se utiliza si hace falta pero no es el único, ni el principal referente en el cuidado de la salud.

Coincide con estudios que evidencian mayor utilización de servicios privados y preventivos en este socioestrato (Regidor, 1996; Balarajan, 1987).

Sin embargo, hay estudios (Torío, 1997; Bain, 1979) que demuestran mayor dedicación en tiempo para este socioestrato, posiblemente porque la comunicación con el médico es más fácil, hay mayor nivel de exigencia en este socioestrato, los objetivos buscados son compartidos con el MC (una medida preventiva, un consejo concreto sobre cuidados...). Karlson (2000) objetiva la falta de detección de síntomas leves de trastornos psiquiátricos en este socioestrato por el médico de cabecera. Puede deberse a que el MC no es su referente en problemas que afectan a la intimidad.

El papel reclamado al MC, en todas las edades, en el socioestrato MA es el de sanador del futuro.

Son las actividades preventivas las que dan crédito al MC para este segmento de población. El presente proporciona la seguridad necesaria por el rol social que desempeñan y la confianza en sus propios recursos. El futuro se asegura con medidas preventivas con la ilusión de prolongar una vida lo más plena posible y retrasar la muerte. Hay cierto mito preventivo que intenta mitigar lo adverso, lo inevitable. Lo que en culturas primitivas se combate con la magia, en nuestra cultura racional se combate con la ciencia poderosa y protectora de los males futuros.

El socioestrato MA muestra en el presente estudio una predisposición favorable hacia el MC. Las medidas preventivas coinciden en el objetivo del paciente y del MC. Es una de las funciones asumidas con mayor claridad por la AP.

Aparece un problema de justicia en AP: Se alivia menos el sufrimiento del que más lo necesita. Se aportan más recursos al que menos lo necesita.

La enfermedad y la medicina científica han intentado mantener en segundo plano los aspectos no racionales por la dificultad de su comprensión y de su abordaje.

La AP ha intentado recuperar con el abordaje psicosocial este aspecto en el plano teórico. No parece que la práctica clínica se haya desarrollado lo suficiente en este terreno.

Después de 25 años del nacimiento de la AP se reclaman diez minutos por paciente (De Pablo, 2001). Se concede entre 5.8 minutos de media para atender quejas explícitas o implícitas, para descartar patología físico/ psíquica, para detectar problemas sociales, para escuchar, para implicarse. El mismo problema de salud tiene institucionalmente concedido menor tiempo de consulta en AP que en otros especialistas, cuando la investigación de los problemas en AP es más amplia, imprecisa, pluripatológica. Se ha firmado un contrato programa para cuantificar el trabajo del médico de AP, primando los números en detrimento del trabajo menos tangible, pero más valorado por el paciente y que concede mayor calidad a la consulta.

La Institución valora la actividad curativa y preventiva, no la sanadora. Es la actividad sanadora la que reclama la población, como actividad específica del MC.

En un estudio que ha analizado el estado de salud de pacientes hiperfrecuentadores se ha observado que presentan un mayor grado de desventaja social (ancianos, amas de casa, escasa educación, viudos o divorciados, pensionistas o discapacitados) y peor estado de salud (enfermedades crónicas, desórdenes neuróticos, somáticos, emocionales, conductuales y estrés) y que, además, estos factores explican gran parte de su utilización (hasta el 82% de la fracción atribuible) (Baez, 1998; Ortega, 2004).

Ayarzaguena (1995) observa que el 21% de hiperfrecuentadores presentan antecedentes de acontecimientos vitales estresantes frente al 8% de los controles. La

prevalencia de trastorno mental es del 57% frente a un 36% de controles y la presencia de enfermedad física es de un 61% en los casos por un 36% en los controles.

Se crea un SNS que valora la actividad profesional más técnica y penaliza la que se ajusta a los problemas reales del paciente, la que requiere mayor grado de implicación, compromiso y dedicación hacia las personas que atiende.

En AP el aspecto no racional de la consulta adquiere un protagonismo que no se puede obviar sin renunciar al propio sentido del MC. El manejo de problemas emocionales, el cuidado de la familia, el papel de la autonomía del paciente y las derivaciones son los cuatro puntos de desencuentro detectado en los pacientes por Hyatt (1980).

Entender y aliviar el padecimiento no es una labor secundaria en medicina general/familiar, es el núcleo de su razón de ser.

Sanar el padecimiento/enfermedad es un objetivo prioritario para el MC.

Ayudar a la sanación del padecimiento presente de los más débiles es una forma de justicia social en AP.

6.2.1.2. Vertiente sociológica

6.2.1.2.1. Ritual médico: En busca del control perdido

El paciente que llega al MC con un padecimiento necesita entender lo que le sucede, si supone una amenaza para su identidad personal y social, cual es la causa del mismo y como se puede aliviar. Con frecuencia, no llega a penetrar en el significado simbólico y cultural del padecimiento dentro de la consulta.

El mundo simbólico que mueve el proceso S/P/E necesita del rito para aliviar tensiones y mantener el orden social. Rituales son actos de tradición repetibles, que no forman

parte del culto organizado y su eficacia reside en que son hacedores de una realidad (Mauss, 1971).

El rito es una repetición del mito y una necesidad vital que organiza la vida en común, domina la vida cotidiana y marca el tiempo y delimita el espacio de la existencia personal y colectiva (Melich, 1996).

En nuestro mundo desacralizado lo sagrado está presente y es activo principalmente en universos imaginarios. Pero las experiencias imaginarias forman parte del ser humano total y no son menos significativas que las experiencias diurnas (Eliade, 1998).

La sociedad secularizada produce amplios sectores de población que prescinde de la religión. A través de la historia ha permanecido la idea religiosa del mito de la inmortalidad. Ante el sufrimiento y la muerte el ser humano no se resigna, demanda una solución, si antes fue religiosa, ahora es científica. La racionalidad científico-técnica que preside nuestra cosmovisión occidental, ha contribuido a erradicar un sinnúmero de mitologías, pero asume la realidad científica de forma mitológica.

Según el antropólogo Hsu (1959), el chino acepta la ciencia cuando se disfraza de magia y el occidental la magia, cuando la magia se disfraza de ciencia.

Además, el MC es el legitimador de la queja del paciente. Se acude para certificado que le permita hacer gimnasia al anciano en un centro de la tercera edad, para justificar la ausencia en el trabajo, o para dejar de hacer gimnasia un niño en el colegio, para realizar oposiciones... El MC justifica una situación concreta ante la sociedad y le otorga carácter de legalidad y objetividad.

El encuentro clínico presidido por la ciencia y manejado con la razón se convierte en ritual cargado de significaciones que permiten legitimar la queja socialmente y controlar el MAL (Krogh,1995). Hay un límite muy sutil entre ciencia y ritual.

El mal existencial que el padecimiento conlleva recibe en el ritual apoyo en la inseguridad y control social.. El rito traspasa la individualidad para penetrar en las significaciones simbólicas socialmente aceptadas e individualmente construidas. Los participantes en el rito aceptan un orden social y moral común que trasciende a los individuos. La fuerza simbólica del rito esta mas cerca de las preguntas metafísicas humanas. La queja legitimada en el rito concede al individuo el rol de enfermo, una categoría especial con obligaciones y derechos en su entorno.

El rito va mas allá del enfoque individualista de la enfermedad. Amplia ese horizonte y conjuga la identidad del sujeto con la alteridad, intentando estabilizar las relaciones problemáticas entre los hombres (Augé, 1998). El ritual interpreta la naturaleza y considera lo social. Sociabiliza el padecimiento, le da un sentido colectivo y lo hace compartido.

Todos los actores sociales participan del ritual. El ritual tiende a proteger a los segmentos sociales más débiles, creando prioridad en la atención a través de programas para la mujer, el Niño Sano, el Anciano, la población inmigrante... Tienen de común su fragilidad social y la protección que el sistema sanitario hace de ellos.

Tiempo como elemento del ritual relevante en el hombre y mujer urbanos

Se concede al tiempo ritual mayor relevancia que a otros componentes del mismo. La aceleración que invade la vida diaria en el medio estudiado, convierte las relaciones sociales en compulsivas y provoca estrés, condiciona las relaciones personales. La urgencia es una manifestación cotidiana de la aceleración, se vive el tiempo de forma angustiante (Vicens, 1995).

Se exige tiempo al rito. Es un tiempo creativo, capaz de modificar la realidad del paciente, que ayuda a la comprensión y al significado. Identificar la alteridad en el ritual requiere tiempo.

La limitación de espacio y tiempo en la ceremonia invita a definir el rito en función de su finalidad. El simple hecho de cumplir el rito acarrea consecuencias (efecto de catarsis o sociabilidad por ejemplo) que no son el objetivo declarado o consciente del rito pero que modifican el contexto.

El tiempo viene marcado por la Institución y por el médico. Es un tiempo simbólico, con significados. El Socioestrato MB hace especial referencia al tiempo: mucho tiempo de espera, poco tiempo en la consulta, mucho tiempo para ser atendido por el especialista... El tiempo le relega socialmente a un segundo plano. El profesional, que ostenta el poder en el rito, se ve obligado por la institución, o por propia decisión a limitar el tiempo ritual a unos minutos. Se pierde protagonismo por parte del paciente. Gana el ritual técnico y burocrático.

En las zonas periurbanas se encuentra mayor masificación en las consultas de AP y, por consiguiente, son las que tienen menor tiempo de dedicación al paciente.

Se ha visto como las consultas con tiempo de dedicación corto, incluyen menos actividades preventivas y abordan menos problemas psicosociales (Ogando, 1995).

Otros estudios cuantitativos detectan que las consultas con contenido psicosocial como problemas laborales, soledad, problemas familiares... requieren mas tiempo para su abordaje (Andersson, 1993; Wilson, 1991), como no podría ser de otra manera. Esa falta de tiempo en socioestrato MB supone, en ocasiones, falta de atención al problema que origina la consulta.

Se ha observado que el intervalo medio entre que el paciente comienza a relatar su historia y la primera interrupción del médico fue de dieciocho segundos (Beckman, 1984).

El rito trabaja con significados que van mas allá del conocimiento racional. El rito al repetirse conforma una realidad. El padecimiento que no puede ser sanado se controla socialmente mediante el ritual y consigue seguridad. Se recupera el control social amenazado o perdido.

Hay un aumento progresivo en la frecuentación de las consultas de AP en los últimos años (Ortiz, 1996). El rito cumple su función social de control y seguridad. La adherencia al ritual ayuda a continuar con el ritmo de la vida. Como se vió con el paciente difícil o hiperfrecuentador no se resuelven los conflictos, no se buscan soluciones alternativas, pero se mantiene el ritual para proporcionar el control de la situación adversa.

Pacientes hiperfrecuentadores que según estudios cuantitativos representan el 12 % de los pacientes visitados en un EAP, consumen el 43% de la actividad asistencial durante el año 2000. Corresponden con el perfil detectado en otros estudios, Fuertes (1994), Rubio (1998), Segovia (1998), Mancera (2001): mediana edad, bajo nivel de estudios, con enfermedad crónica y disfunción psíquica.

El tiempo ritual vivido como escaso por el socioestrato MB se compensa con la fidelidad al rito. La adherencia al ritual compensa la pérdida del autocontrol.

Eficacia simbólica término acuñado por Levi-Strauss aparece en la consulta de AP con distinta intensidad según los segmentos considerados.

A partir de la influencia del discurso psicoanalítico Levi-Strauss (1958) publica dos artículos, que son referencia en el análisis de las relaciones de la Medicina y la Antropología. En ellos, define la eficacia simbólica y hace analogías heterodoxas entre las experiencias chamánicas y el psicoanálisis. En uno de dichos artículos, pone de manifiesto como la fuerza de la palabra, viejo tema explorado brillantemente por Laín, puede modificar la respuesta fisiológica (Comelles, 1993).

Para Levi Strauss, la terapéutica consiste en la inversión de la lógica de la interpretación de la enfermedad, centrada en su eficacia simbólica, que es capaz de armonizar con esas estructuras homólogas psico-fisiológicas (Kenny, 1980).

La fisiología humana funciona con la historia, el inconsciente, lo social, esta atravesada por simbolismos sociales y culturales (Le Breton, 1999).

La asignación de significado a través del mundo simbólico, restablece el orden, y, a través del rito restituye la condición humana y social al mismo tiempo. La eficacia del rito reside en que construye una realidad (Mauss, 1971).

La eficacia simbólica de la consulta en AP es muy variable pues no incluye solo características socio-demográficas sino creencias y contenido de la propia consulta.

Todos los actores sociales participan en el rito, pero la elección del rito mas adecuado puede venir marcado por las circunstancias de cada episodio de padecimiento/enfermedad, por las creencias previas, por la articulación de lo inconsciente (Sistemas de categorías o clases paradigmáticas) y subconsciente (imágenes y recuerdos proporcionados por la propia experiencia y conformados por valores culturalmente adaptados). La articulación de lo subconsciente y lo inconsciente se presenta en el modelo de Levi Strauss como un todo dialéctico.

En el ritual cada acción restaura, cada palabra es cierta. Las acciones del ritual tienen sentido aunque no se alcance a ver cual. El ritual proporciona un sentimiento de seguridad en el hombre y mujer urbanos con una vida programada y normativizada.

Prácticas alejadas del modelo biomédico consiguen una eficacia muy superior al tratamiento médico convencional. Twemlow (1997) observa que las personas que no sienten control de su propia vida recurren a remedios folk.

La eficacia de un tratamiento exige una respuesta a las preguntas del paciente, un significado para el paciente. Cuando no se puede inscribir en un entramado significativo, el sufrimiento se vive al desnudo, desgarrado sin matices, y con frecuencia acarrea el desaliento o la depresión (Le Breton, 1999).

Ritual médico en AP entre la razón y el mito. El rito opera donde la técnica flaquea (Díaz Cruz, 1998).

El MC va a manejar los componentes menos racionales del padecimiento independientemente de la actitud que adopte a través del ritual. Al cumplir el rito hay consecuencias, efecto de catarsis o sociabilidad, que no son el objetivo declarado del rito pero modifican el contexto, precipita acontecimientos que modifican los acontecimientos anteriores al rito. La actividad de la consulta médica tiene una faceta ritual. El médico actuaría como “TÓTEM” (puede definirse como objeto vigilante y protector) del grupo y del individuo, que aporta protección y seguridad a los más débiles (Tusquets, 1999).

La medicina tecnificada complicada e incomprensible puede hacer perder el control de los más débiles. La AP hace de puente entre el entorno del paciente y los medios más sofisticados de la medicina científica. Controlar la adversidad requiere algo próximo, conocido, a lo que se puede recurrir cuando hace falta. El ritual del MC se hace cada vez más cercano, mas general. Va extendiendo su manto protector en la cotidianidad. Al repetirse va conformando la realidad y se va necesitando al MC para problemas cada vez más banales. Se delegan recursos propios y se desplaza la atención del padecimiento en la red primaria a la atención por la AP, en el medio estudiado. El padecimiento que hace débil a la tecno-ciencia da protagonismo al rito y a la fuerza psicológica que este desencadena (Díaz Cruz, 1998).

En el gráfico aportado por Sistema de Información Sanitaria en España (Del Llano, 2004) se ve una creciente utilización de las consultas de AP en los últimos años. Coincide con estudios previos que evidencian el mismo aumento de frecuentación en AP (Ortiz, 1996).

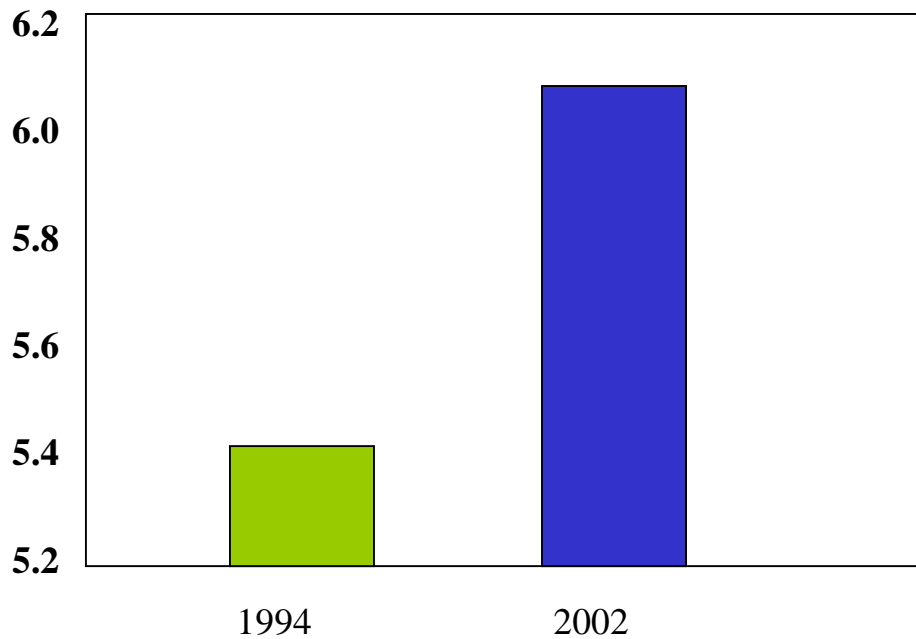


Fig. 9. Evolución del número de consultas por habitante y año al médico del primer nivel de atención primaria en el SNS (Fuente:MSC)

En Medicina General se transforma al enfermo en paciente y se alimenta la idea de que necesita al profesional para curarse (Fromm, 1996).

El padecimiento presente o futuro es controlado por el médico a través de los dispositivos técnicos que pone en marcha. Males invisibles como la HTA, dislipemia o diabetes se han convertido en motivos de encuentro con el MC. Se trata de alteraciones “no visibles”, asintomáticas en ocasiones, pero amenazantes para la integridad personal y la supervivencia. Son el paradigma de “males potenciales” que al objetivarlos y cuantificarlos se pueden controlar. El médico identifica lo que no se ve a través de la técnica y evita el mal futuro que estas enfermedades originan, dominando científicamente lo que no se ve. Los males intangibles se hacen realidad al poderlos medir y convertirlos en enfermedad. Pasan a ser controlados a través del ritual médico.

Se realizan controles analíticos aunque no se sigan las indicaciones dietéticas o el tratamiento prescrito, para que el mal invisible no gane la batalla. El sanador “puede sacar

algo” invisible, pero que amenaza la integridad personal. Es un terreno en el que paciente y médico encuentran un sentido compartido de la relación clínica proporcionado por la ciencia.

Los padecimientos psíquicos o espirituales o sociales son menos reconocidos como terreno del MC en la población urbana. Se ha visto como la prevalencia de esta patología es alta en AP. Sin embargo, no es un terreno reconocido al MC. Queda enmascarado en las peticiones relacionadas con el cuerpo o demandas vagas de ayuda, escucha, comprensión. Se necesita acreditar la queja y para ello el paciente está dispuesto a los sacrificios necesarios, cada vez más dolorosos, incluso radicales como la cirugía.

Es un terreno más pantanoso, también es un mal invisible pero más desconocido por paciente y médico. El ritual opera en este campo, pero centrándose en el cuerpo. Es más fácil hablar del cuerpo para el hombre urbano, se siente como el terreno compartido con el MC. Transforma la queja en padecimiento/enfermedad. Lo mental y espiritual requieren otro tiempo y espacio. El ritual de “los cinco minutos” no cumple con las expectativas del padecimiento psicosocial y mucho menos del espiritual.

El MC conjuga con el enfermo un espacio compartido con otro no compartido, en los que se mueven planos de significación simbólica distintos. Los espacios compartidos permiten una aproximación y comprensión por parte del enfermo al quehacer médico, mientras los no compartidos le otorgan la consideración de “sabio” con dominio de lo oscuro, del mal. Epele (1994) pone de manifiesto estos espacios como recurso sustitutivo del discurso médico ante el paciente terminal.

El ritual médico conjuga, para el diagnóstico y el tratamiento, el componente técnico (analíticas, radiografías, estudios complementarios en general, medicamentos...), con el humano (diálogo, interpretación). El profesional sanitario combina en su práctica profesional la información procedente del ámbito de los signos y de los síntomas y trabaja con ambos de

forma más o menos lograda (Conde, 2002). La combinación de signo y síntoma, de lo objetivo y subjetivo, sería la clave de conformación en este ritual aceptada por el paciente urbano.

6.2.1.2.2. Fármaco vs palabra en el ritual P-MC.

El ritual también conjuga estos dos elementos básicos en su tratamiento: El medicamento y la palabra. Es el terreno de lo compartido, la palabra, con lo no compartido, el medicamento. El MC se mueve entre ambos según las características del problema planteado y de la relación.

El medicamento se considera, en todos los grupos, elemento necesario en la consulta en AP. Es el que prestigia la función del médico y el que concede categoría de experto al desmitificado MC. Se puede controlar el padecimiento con fármacos pero no es, a menudo, ni lo más eficaz, ni lo más eficiente.

El medicamento dificulta la adaptación al padecimiento, la reflexión íntima, la aceptación del sufrimiento. Es la alternativa “mágica”, fácilmente aplicable y que une los intereses del paciente y el médico.

Se ha visto como el médico prescribe antibióticos de forma inadecuada buscando mantener una relación P/ MC buena (Butler, 1998).

Estudios de Himmel (1997) y Bass (1986) encuentran que la satisfacción del paciente en la consulta no guarda relación con la prescripción de medicamentos, independientemente de que este lo espere o no del profesional. Webb (1994), por su parte, observa que la prescripción de medicamentos está por encima de lo esperado por los pacientes.

En un estudio realizado en Bélgica, Inglaterra y Holanda se correlaciona la prescripción de fármacos sintomáticos con el menor tiempo de dedicación en consulta, registros inadecuados y estándares de cuidados más pobres (Grol, 1990).

El medicamento es una respuesta técnica, estandarizada, la más sencilla de aplicar. Se utiliza habitualmente y es el tratamiento estereotipado de la consulta. En el presente estudio el fármaco se asume como la estrategia de manejo del padecimiento, y como un recurso de la relación comúnmente aceptado.

La expectación del paciente en cuanto a su enfermedad se refiere y la ansiedad que le produce influyen en la derivación al especialista y en las prescripciones que realiza el médico (Webb, 1994).

La patología crónica es un exponente de la dificultad de abordaje de la persona de forma integral. Twemlow (1997) presenta un estudio realizado a través de cuestionarios donde se ve como pacientes crónicos tienen un 66% de iatrogenicidad, toman más medicamentos, gastan más dinero, van a más especialistas y tienen más litigios que la población general.

Fox (1989) observa una ambivalencia entre medicalización y desmedicalización en EEUU en el padecimiento, según afecta al balance social entre exención y control o derechos y responsabilidades.

En distintos estudios se ve como hay un consumo de medicación generalizado (Vinet, 1988; Turabian, 1989; Ruiz de Villalobos, 2000). Se consumieron en España 156 millones de envases de analgésicos en el año 1999.

Según los indicadores de la prestación farmacéutica en el Instituto Nacional de la Salud los medicamentos más consumidos en el Sistema Nacional de Salud durante el año 2003 fueron analgésicos, antiinflamatorios y tranquilizantes. Dolores y ansiedades se tratan médicamente en general.

En estudios cuantitativos se detecta un elevado consumo de psicofármacos en los pacientes que acuden a AP, destacando mujeres, ancianos, crónicos y personas que viven solas como los principales consumidores (Mateo,1997). También se objetiva una tendencia a la prescripción de de psicotropos (Pincus, 1998) y la hiperprescripción de benzodiazepinas en el medio estudiado (Vedia, 2005).

La prescripción del medicamento es la norma en la consulta médica, también en AP. El 19% del gasto de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social esta ocasionado por el consumo de medicamentos. El uso racional del medicamento implantado en nuestro país no ha evitado el crecimiento del gasto farmacéutico, superior a las previsiones y expectativas de los responsables institucionales. Se han intentado estrategias de incentivación para evitar el crecimiento. En el análisis de la situación que realiza Martín Zurro (2000), se pone de relieve esta realidad.

Quizás el planteamiento correcto debería ser, ¿necesita este paciente un fármaco para su problema? En lugar de ¿cuál es el fármaco que se debe prescribir por efectividad y precio? (Buitrago, 1997). La primera pregunta colabora a la verdadera terapia (Servicio) al paciente, mientras la segunda, supone aumentar la medicalización y al gasto farmacéutico.

La palabra es el elemento más específico para el médico menos tecnificado. No podría ser de otra forma cuando se habla de Educación y Promoción de la Salud, de padecimiento, de prevención.

La palabra une inseparablemente Mytho y Logos. Lo que es mítico y lo que es lógico pertenecen necesariamente al equipamiento del ser humano. La palabra como forma concreta de intersubjetividad permite establecer una auténtica comunicación sobre la base firme de un fondo humano (Duch, 1998).

La palabra permite comunicar al ser humano y en su acción produce la construcción de símbolos a partir de percepciones sensoriales (De Saussure, 1994). Sin el empleo de símbolos verbales y gestuales no podría comunicarme con otros hombres y conmigo, yo no podría entender su actividad en el mundo, su conducta (Laín, 1989).

El rito no es una forma de hablar, sino una forma de actuar. Donde se procede ritualmente el hablar se convierte en una acción. Lo ritual siempre es un comportamiento colectivo y los modos de comportamiento ritual se refieren a la colectividad, no es la acción ni la palabra del individuo (Gadamer, 1997).

Cuando la palabra se utiliza en el ritual médico cobra significado, y actúa sobre el mundo simbólico. La palabra del ritual tiene un valor propio, es la palabra de la “Ciencia” para el paciente urbano. La palabra es capaz de producir cambios cognitivos, emocionales, sociales y físicos en el paciente.

El discurso del médico se desplaza entre el ámbito compartido con el enfermo y un terreno más oscuro. No es completamente comprendido por el paciente. Como en los rituales mágicos, el discurso de la relación clínica no tiene una comprensión directa, sino una interpretación simbólica de lo que el “especialista” comunica.

La palabra permite utilizar expresiones y gestos, una retroinformación inmediata, personalizada y rápida en su transmisión. A través de la comunicación verbal y no verbal se consigue conocer la queja del paciente y su significado, obtener una imagen de la personalidad del paciente, crear una relación de confianza e iniciar el tratamiento por la función catártica de la comunicación. Serían los fines de la anamnesis, según Gross (Laín, 1982).

La cultura occidental ha pretendido que la razón sustituyera al mito. Pero en el mito esta la esencia del ser, nunca desaparece de la actualidad psíquica, solamente cambia de

aspecto y disimula sus funciones. El mito es una realidad omnipresente en la existencia del individuo y la sociedad y que participa en la ambigüedad del ser humano (Duch, 1998). Para Duch, la palabra es, en su variedad, la forma más elocuente del polifacetismo radical del ser humano, que se muestra mediante variedad de formas expresivas en el ámbito del pensamiento, de la acción, de los sentimientos.

La palabra como forma de comunicación humana permite moverse en el terreno de lo compartido y al mismo tiempo hacer alusión a terrenos no compartidos que se encuentran fuera de la razón y la técnica. La palabra que vehicula la comunicación humana ha de poseer armonía, cordialidad, y ha de ser expresión viva de las diferencias (Duch, 1998).

Siguiendo a Laín “cuando el enfermo habla al médico, le llama, le notifica algo, nombra con precisión mayor o menor lo notificado y le persuade, disuade o contrasuade; y, por otra parte, da y recibe compañía, logra cierto sosiego interior, se esclarece íntimamente a sí mismo, y, en cierto modo, se autoafirma, vive la importancia de su propia persona. Todo ello por el hecho de hablar, independientemente de lo que sus palabras digan. “El diálogo con el médico es siempre y a la vez, diagnóstico y terapéutico”

Desde la antropología, Menéndez (1992) afirma que aproximadamente el 60% de la eficacia técnica esta basada en el efecto placebo del propio equipo de salud. En la relación clínica el tratamiento tiene un sentido, cada acción restaura y cada palabra puede curar.

La simbolización del mensaje transmitido por la palabra hace que el padecimiento se modifique. La relación del símbolo con la realidad no es unívoca. Las cosas designadas simbólicamente tienen una realidad independiente de los varios símbolos a que el hombre pueda reducirla (Laín, 1989).

La palabra del oficiante adquiere una connotación de “sagrada”. Esto le otorga una eficacia simbólica para el paciente, con poderes que excede a lo meramente dicho a través de

la palabra. Por la palabra se puede interpretar, aliviar y asumir el padecimiento. La palabra pone en común ideas populares y técnicas evitando la disonancia cognoscitiva e identifica preocupaciones, percepciones que organizan la consulta.

El paciente ofrece indicios sobre sus sensaciones, pensamientos, sentimientos, temores y expectativas. Estas señales son verbales y no verbales (Rudebeck, 1992), distingue entre síntoma y presentación del síntoma. El mismo síntoma dependiendo de como sea expresado, puede sugerir una enfermedad física o una expresión corporal de emoción. El paciente es a la vez testigo e intérprete de sí mismo a través de la palabra y la comunicación no verbal.

El médico puede responder a los indicios de distintas formas, animando al paciente a que se exprese o ignorando la señal y siguiendo su propia línea de pensamiento.

La conversación en la consulta forma el primer acto común entre paciente y médico. Es el terreno común para entenderse y para llegar, por parte del médico, a alguien vulnerable. En el terreno de la medicina, el diálogo, no es una simple introducción al tratamiento, sino que constituye parte del tratamiento y prepara para la recuperación (Gadamer, 1996).

En los problemas somáticos habla más el médico y en los psico-sociales habla más el paciente. No se observa diferencias por género (Wynn, 1997). La palabra establece su tiempo y su control.

En socioestrato MB la eficacia simbólica del ritual es mayor. El discurso ritual del MC no tiene una comprensión directa sino una comprensión simbólica, lo mismo que ocurre con otros especialistas para el socioestrato MA. La distancia en el conocimiento del paciente y MC, cuando se ha establecido una relación terapéutica, favorece la movilización del mundo simbólico. La relación debe tener una base de comprensión y aceptación, así como de confianza.

El ritual sanador se reclama con mas intensidad en las mujeres de edad media y socio-estrato MB junto con el paciente anciano. Coincide con lo observado por Andersson (1995) donde son estos segmentos, junto con los niños, los más frequentadores.

Si bien la mujer en general, más del socioestrato MB y del segmento anciano, es la que participa con mas asiduidad del ritual con el MC, hay, en todos los grupos, personas que necesitan formar parte del ritual. Cuando se habla del rito, con todas las salvedades hechas previamente, quizás sea más correcto hablar de personas vulnerables.

La vulnerabilidad social es un factor de riesgo para tener o no-salud y depende de la causa de vulnerabilidad (Baker, 2002).

Los grupos del socio-estrato MB, más las mujeres, son los mas apegados al ritual y en los que la eficacia simbólica en el contacto clínico es mayor. El ritual con el médico de cabecera proporciona la seguridad y control. Las minusvalías personales o sociales encuentran apoyo social en el ritual médico. Es la solución que la sociedad ha dado para no quedar excluído de la vida colectiva. El riesgo de dependencia del ritual es aquí muy alto, así como el riesgo de frustración.

Todos los actores sociales aceptan el ritual médico. La experiencia de vulnerabilidad es un sentimiento común para el individuo urbano. Existen las diferencias señaladas en la participación del ritual para los diferentes biosocioestratos, pero el ritual médico es aceptado por todos los miembros de la Comunidad.

Panikkar (1987) diferencia la técnica como instrumento que extiende la capacidad del hombre, que lo libera, de la tecnología, que restringe su capacidad, que lo domina. El hombre utiliza la técnica para servirse de ella. La tecnología impone sus reglas al hombre y le hace cambiar sus presupuestos.

En la práctica clínica en AP el ritual técnico y burocrático debe convertirse en ritual sanador para los casos que lo requieran.

6.2.1.3. Vertiente personal.

6.2.1.3.1. Personalización del padecimiento. En busca del sentido perdido.

En el ritual el paciente urbano busca seguridad y control social, a través de una relación interhumana. Siguiendo a Laín la relación interhumana puede tener un carácter objetivante o bien interpersonal (Laín, 1983).

El progreso técnico deja un vacío en el ámbito moral, así como en los de la sabiduría y búsqueda de equilibrio personal y de salvación. El arte de vivir no se cubre con la tecnociencia. La orientación ética esta en crisis, sin que exista una unidad estable de conducta.

Para muchos actores sociales, entender lo que les pasa es suficiente. El ritual médico cumple su función de control. Con la comprensión del cómo y por qué inmediatos se pueden explicar los síntomas. El alivio es secundario a esa explicación, que a través del mundo simbólico, consigue eliminar miedos y fantasmas, ayuda a recobrar la identidad personal. La participación en el ritual médico en busca de ayuda crea un clima de seguridad. Los problemas de salud compartidos con el médico justifican la queja en el entorno próximo, reciben explicación y ayuda y además se pueden dominar.

La personalización del padecimiento/enfermedad es una búsqueda de sentido que el paciente siente amenazado o perdido con la irrupción en su vida del problema en su salud.

El individuo urbano se desenvuelve en un medio impersonalizado, con relaciones superficiales y cambiantes.

En el ámbito de lo público rige la ley de la discusión racional y de la crítica, a cuyas conclusiones esta obligado a someterse el ciudadano. Por el contrario, en el ámbito de lo

privado (lo relativo a creencias, sentimientos, gustos, deseos) puede optar por lo que prefiera. El poder público renuncia al control del individuo, quedando ese campo abandonado a la iniciativa privada. La iniciativa del Estado se reduce a la transmisión de los contenidos culturales necesarios para ejercer como ciudadano, sin inmiscuirse en la cuestión última del valor o del sentido de la propia vida, sin ofrecer una orientación al desarrollo de una personalidad global (Garagalza, 2002).

El padecimiento/enfermedad puede que no produzca la pérdida de sentido vital de la persona por: el tipo de problema presentado que puede resolverse espontánea o técnicamente, por la capacidad de la persona para incorporar el padecimiento en la propia vida, por la incapacidad de introspección, por el estatus que el padecimiento le concede dentro de su red primaria, por pertenecer el individuo enfermo a la categoría de hombre intradirigido (de Riesman) que se resiste a que nadie penetre en su espacio íntimo.

Cuando el padecimiento/enfermedad produce una desorientación personal, un sentimiento de fragilidad, se recurre a algo más que al ritual; se busca la relación interpersonal con el médico.

6.2.1.3.2. Relación interpersonal: Carácter moral de la relación.

La personalización del padecimiento/ enfermedad sería la introducción del médico en el ámbito privado del paciente dentro de la relación clínica. Se ponen en juego las competencias técnicas, y las humanas con sus valores morales en una relación interpersonal. Se busca recuperar el sentido vital.

La personalización aporta un carácter moral a la relación P/MC que puede ser ejercido de forma mas o menos consciente, pero que existe en muchas ocasiones. MaxWeber (1984)

distinguió entre moral pública basada en principios teleológicos (moral de responsabilidad) y moral privada basada en principios deontológicos (moral de convicción).

Durante segunda mitad del siglo XIX y primera mitad del XX un afán de objetividad invadió al mundo del saber (Albert, 1978). En 1919 Max Weber, en su conferencia “Ciencia como vocación” afirmaba que el auténtico científico es el que se atiene a los hechos, prescindiendo de las valoraciones, porque quien, al dedicarse a un saber, introduce valoraciones, esta introduciendo sus creencias subjetivas y no ateniéndose a los hechos (Cortina, 1996).

Autores como McIntyre (1977) proponen que, dado que es difícil definir unitariamente lo que es una buena relación MC/P, y, ante la falta de un modelo coherente, cada médico ofrece un tipo de práctica y cada paciente elige lo que cree que mas le conviene. Este autor incluye en esa elección, los valores morales que se mueven en la relación.

Toon (1994) defiende, sin embargo, una postura más integradora que pasa por la adopción de unas bases filosóficas que integren modelo biomédico y humanista. Esto pasa por aceptar valores morales de peso y suficientemente justificados.

Para Pellegrino (1982) la enfermedad genera sufrimiento y altera la humanidad del paciente, lo que debe delimitar las obligaciones morales del médico. La autenticidad moral del acto médico se mide con el grado en que remedia el estado de aflicción del ser humano.

La crisis de sentido individual necesita “del otro” para encontrar salida. La sociedad urbana individualista no encuentra muchos espacios para las relaciones comprometidas. El médico conjuga la representación social otorgada por la Ciencia y la Institución, con la relación individual, en esa comunicación interpersonal que se establece en la consulta.

El factor humano tiene poder curativo igual o superior, en algunos casos, a la tecnología médica actual. Es el ser humano el que vertebra los aspectos generales de la

realidad. Tiene la capacidad de explorar en sí mismo y de crear un “centro” desde el cual entender la realidad (Vicens, 1995).

La relación interpersonal proporciona sentido, mas allá de la razón, a los problemas de salud. No tiene que ser el médico el que dé el sentido, pero se encuentra en un puesto privilegiado para ayudar a encontrarlo en un entorno individualista donde la privacidad se comparte con pocas personas.

La ayuda interpersonal puede abrir, además, otras puertas de la solidaridad, de la cooperación, como grupos de autoayuda y otros recursos sociales. Kleinman (1978) aboga por cambiar el enfoque del modelo médico, incluyendo el autocuidado en la red primaria de los pacientes crónicos.

Sería el objetivo del MC, armar al paciente, maximizando sus propios recursos, para que recupere el control de su vida fuera del sistema sanitario. La fagocitosis puede ser, además de inoperante, peligrosa.

La percepción del sentido es inconsciente en toda su magnitud y solo debe hacerse consciente cuando hace falta. La salud y el sentido pasan al plano consciente cuando no se tienen. La falta de sentido suele ocurrir cuando aparece una crisis vital que frustra la voluntad de sentido. Ese sentido, no solo se puede encontrar en el trabajo, a través de un acto que se lleva a cabo, o de una obra que creamos, sino también en la experimentación, al hacer nuestro algo del mundo, de la naturaleza, de la cultura, también al experimentar, no algo, sino a alguien (Frank, 2000).

El sufrimiento/padecimiento puede hacer perder el sentido, en muchas ocasiones también puede ayudar a encontrarlo. Lo esencial de la condición humana es autotrascenderse, el que haya algo en la vida que no sea uno mismo. El dolor y la muerte ajenos quitan el centro

de interés en uno mismo ampliando la propia vida para formar parte del otro (Vilar y Planas, 1998).

Cada vez que la vida se halla amenazada y les parece que el cosmos esta agotado y vacío, los indígenas de las Islas Fidji, sienten la necesidad de un retorno in principium; en otros términos, esperan la regeneración de la vida cósmica, no de una reparación, sino de una recreación de la vida. Esta idea de que la vida no puede ser reparada sino recreada mediante la repetición de la cosmogonía, se ve en los rituales de curación (Eliade, 2000).

La sanación, como se ha visto, en cierta medida es una **recreación** de la vida a través del ritual.

La personalización del padecimiento/enfermedad lleva incorporada la interpretación del síntoma mas allá de su sentido vital, se trata de comprender una forma de vivir. No es sanar por la acción del ritual sino madurar y recobrar el sentido vital. Supone un proceso de reflexión íntima que hace revivir a la persona la búsqueda de sentido vital, de aprehender la propia vida según un estilo personal propio. La capacidad de apropiación del padecimiento/enfermedad consiste en hacerlo suyo. El individuo interpreta la dolencia y la hace propia con un carácter personal (Laín, 1968).

Para eso es necesario interpretar el sentido oculto en el sentido aparente, en explicitar los niveles de significación implicados en la significación literal (Laín, 1978). La conexión entre la especie morbosa diagnosticada y la vida personal de quien la hace y padece, y en consecuencia, la concepción del modo específico de enfermar como una “pauta de conducta” del paciente ante la vida que socialmente se ve obligado a hacer, es una operación mental que no cabe reducir al esquema lógico de la inducción y que, sea cualquiera la orientación intelectual del médico que la ejecuta, solo como interpretación puede ser adecuadamente entendida y solo con ese nombre puede ser rectamente denominada (Laín, 1978).

Para Weizsäcker la auténtica verdad de una historia clínica solo puede ser experimentada, no demostrada; solo expresada en una interpretación, no comprobada en una observación. Se considera al paciente como sujeto activo de la enfermedad. La enfermedad para Weizsäcker es un modo del “ser hombre”.

La necesidad de personalizar va a depender básicamente de: la personalidad del paciente, el sentimiento de gravedad, incapacidad o preocupación producido por el padecimiento, de su cronicidad y del apoyo social que le rodee. Estos factores conjugados hacen al paciente frágil y es esa fragilidad puede hacer perder el sentido personal. La ciencia nunca puede dar sentido. Las personas son las que pueden hacerlo. La relación interpersonal convierte el contacto clínico en terapéutico (Suchman, 1988)

La consulta puede integrar valores de paciente y médico, y de la sociedad representada por el médico, constituyendo un eje sobre el que se pueden reconstruir el sentido, o bien dar un servicio al margen de esos valores.

El sufrimiento hace consciente al individuo de su identidad, de ser único en relación con el resto del mundo. Pone de relieve el sentimiento de soledad y le fuerza a tomar conciencia de sí mismo. La personalización del individuo en situación de fragilidad es lo que da un valor añadido a la consulta por encima de la atención a problemas banales o menos relevantes. Marca un nivel superior en la calidad de la relación clínica en AP.

La relación clínica tiene valor para los pacientes en caso de problemas serios y psicológicos. El valor disminuye para la patología banal (Kearley, 2001).

En la personalización no se mueve solo el mundo simbólico culturalmente formado, sino el mundo interno del paciente. Los valores culturales se unen a los personales, tanto por parte del paciente, como del médico. La implicación sobrepasa el rito y pone en contacto a dos personas que mueven sentimientos, miedos, personalidades, creencias. En la

personalización se busca la apropiación de las posibilidades que ayudan a autopoerse, la autorrealización.

La personalización se es buscada por la mayoría de los pacientes que acuden a la consulta diariamente, en cualquier biosocioestrato. Pero esos pacientes en situación de fragilidad, conceden un valor añadido a la consulta donde se proporciona ayuda al más débil. Además se realiza una verdadera actividad preventiva que evita la perpetuación de la queja explícita sin abordar el problema real, la medicalización innecesaria de un problema personal y la conflictividad en la relación por falta de entendimiento.

6.2.1.3.3. Autonomía o Dependencia del médico de cabecera.

El principio moral básico de la bioética para el enfermo es el de autonomía.

La idea de autonomía personal está ligada a E. Kant. De alguna forma la filosofía moral de Kant gira en torno a la idea de que el agente moral es su propio legislador; el agente moral autónomo no es simplemente el origen del valor moral, sino que tiene valor intrínsecamente, por sí mismo, y debe ser respetado, como tal, por los otros. La autonomía de Kant no es simplemente una condición de acción moral, como fue con Aristóteles o pensadores medievales como Santo Tomás, sino que se convierte en valor por sí mismo (Charlesworth, 1996).

La autonomía puede ser considerada una facultad de la realidad humana, pero también puede ser vista como un acto de elección autónoma. Desde este segundo punto de vista, que se va a utilizar por ser el más operativo, las personas autónomas pueden hacer elecciones no autónomas y las personas no autónomas pueden realizar acciones autónomas en ciertos momentos (Gracia, 1989).

No se observa como eje central en los discursos del presente estudio la defensa de este principio en AP. El enfermo decide como, cuando y a quién consultar. La relación clínica en AP, como ocurre en cualquier especialidad, es una relación asimétrica. La persona que acude con un padecimiento debe exponer su vulnerabilidad a otra persona que le puede manipular. Además la vivencia del padecimiento no es comunicable en toda su dimensión personal.

Se pide comprensión, humanidad, simpatía, afecto al MC. Parece que la autonomía no se ve amenazada en la relación P-MC o quizás, cuando se trata del padecimiento, se busca prioritariamente la ayuda, por encima de autonomía. La relación biomédica o contractual entre el P y MC no son suficientes. El padecimiento hace cuestionar la introducción del mismo en la vida del paciente de forma constructiva para dar sentido a la nueva identidad construida a partir del padecimiento. Eso es un proceso de negociación, de búsqueda, un camino para recorrer. Sobre todo en pacientes crónicos, con afectación de su vida en el terreno personal y/o funcional. En estos pacientes, la autonomía no es el principio ético que preside a la relación, sino un objetivo a conseguir. La calidad de la relación viene, en parte, marcada por esa capacidad para llegar a ser autónomo del médico.

La participación del paciente en la personalización del padecimiento es un trabajo a realizar dentro, pero, sobre todo, fuera de la consulta. Debe tener una perspectiva comunitaria para que sea la colaboración y solidaridad del entorno lo que facilite la recuperación del sentido.

La autonomía ha consagrado un paradigma individualista centrado en el paciente. No es suficiente en el padecimiento. Con la personalización bien entendida se intenta recobrar el sentido para el enfermo y, por ello, los objetivos y recursos del tratamiento se deben ajustar a las necesidades negociadas entre P y MC.

La relación clínica es un momento de dependencia/ participación. La autoafirmación del individuo lleva a una recuperación de su autonomía moral.

El paciente con un padecimiento más o menos severo, tiene que integrar necesidades y deseos para llevar una vida coherente y satisfactoria. No vale con una interpretación individualista, ni con un manejo individualista, como propugna Jennings (1988).

Durante muchos años se ha enseñado en las facultades de medicina que la distancia terapéutica sería lo deseable en la relación P/M. No parecía aconsejable mezclar los sentimientos propios con los del paciente. Parece difícil conseguirlo cuando se comparte intimidad. La objetividad distante no es posible.

La impersonalización no concede autonomía, ni libertad. Personalizar no es apoyar lo cotidiano, sino dar sentido y favorecer la maduración. Mucho apoyo en lo cotidiano, sin sentido, crea dependencia.

Se admite un exceso de presión asistencial en las consultas y un alto porcentaje de visitas injustificadas, la mitad, según algunos médicos (Agreda, 1995).

Hay falta de sentido en las relaciones entre las personas. No se comparten cosmovisiones. La crisis de la modernidad, en la que algunos ven una crisis de identidad, podría atribuirse a que el lenguaje de la identidad se impone al de la alteridad. La individualización de las cosmologías hace perder la base simbólica de la relación con el otro, que sin embargo es constitutiva de toda identidad individual (Augé, 1998).

La individualización de las cosmologías, con hundimiento de las cosmologías intermediarias, especialmente religión y partidos políticos, hace perder una “visión del mundo” que ordene y reoriente la vida cotidiana. Queda en manos del individuo la responsabilidad de crear modos de relación con los demás, modos capaces de permitirles vivir

y compensar solitariamente el déficit simbólico que acarrea el hundimiento de las cosmologías intermedias (Augé, 1998).

Cada persona se encuentra en la intersección de una pluralidad de espacios de comunicación y se protege refugiándose en la esfera privada, de la que mantiene a los demás a distancia. El aprecio por la libertad hace desconfiar de todo tipo de esclavitud, incluida la esclavitud afectiva.

Soledad, libertad, intimidad tienen connotaciones relevantes en la relación interpersonal entre P/MC.

“Mi soledad, la soledad del hombre, es por lo pronto -soledad en- porque estoy solo en el seno de todo lo que he sido, y –soledad hacia-, porque vivo hacia aquello que todavía me es posible ser” (Laín, 1996).

En nuestro entorno, cada persona cree estar en relación con el conjunto del mundo. Es un canto a la individualidad y también una dura prueba de soledad. La individualidad reserva el espacio íntimo de la mirada de los demás.

Hay que distinguir entre individualidad como conciencia personal e individualismo como atomización social. La individualidad fue la conquista de la burguesía, mientras el individualismo ha sido su fracaso (Lukes, 1975).

Intimidad y privacidad son parcelas ganadas por el liberalismo al Estado. La ética autonomista liberal basada en el principio de autonomía distingue dos espacios: moral pública y moral privada. En la vida privada se puede elegir con libertad y autonomía. Es la conquista moderna para defender lo propio, las señas de identidad personal. Hay un espacio íntimo individual y un espacio privado familiar (Gracia, 1989).

La libertad conlleva soledad como vivencia de ser único. No es algo que se da, es algo que se tiene, es el sentimiento de ser dueños de la propia vida. Soledad y libertad son

sentimientos interdependientes esenciales para la interpretación de la existencia personal (Wamba Magallanes, 1998). Cada persona debe dirigir su propia vida, defender su proyecto personal, y, para ello, debe cuestionarse como hacerlo. Los valores y metas morales de la persona son privadas.

La sociedad burocrática muy normatizada y con una fuerte presión colectiva, pide permisividad en el terreno privado, como compensación. Es ese terreno el que le permite construir la propia vida, según los valores que el sujeto estima como sólidos.

El padecimiento dificulta llevar a cabo el proyecto vital, hace sentirse limitado al sujeto y le crea una situación de minusvalía.

Cuando el padecimiento impide una correcta adaptación social, y/o se produce una crisis socio-cultural de la personalidad hace falta ayuda.

Individualización de los procedimientos. Crisis de sentido. Individualismo. Miedo a lo impredecible. En este entorno, el individuo más frágil busca intimidad en la relación clínica.

La verdadera libertad del paciente/enfermo es un sueño que rememora la imagen del Paraíso designado por el hombre del estado de bienestar (Dubos, 1959).

La desmitificación del MC en nuestro medio, junto con la defensa de la intimidad del hombre urbano, hacen de la consulta del MC un espacio idóneo para compartir el espacio privado. El MC convertido en persona accesible y con autoridad profesional al mismo tiempo, le convierten en el potencial depositario de esa intimidad. La relación que se establece, cuando hace falta, es interpersonal. No se pierde el sentido jerárquico de la relación pero se establece la posibilidad de comunicación interpersonal, bidireccional.

En la relación P/MC se ponen en juego no solo conocimientos, sino decisiones. La decisión necesariamente va comprometida con determinados valores.

La intersección de la relación P-MC es recortada en el tiempo pero valiosa en el contenido. Debe tender a proporcionar sentido fuera de la consulta, a utilizar la relación como reflexión y camino hacia otros ámbitos fuera del sistema sanitario.

La libertad tan valorada en nuestro medio no es un fin de la existencia sino un medio para desarrollar la potencialidad de la personalidad. El hombre urbano sumergido en la impersonalidad de la burocracia se fabrica un ideal de libertad personal absoluta, ilimitada. Se añora el comportamiento libre, más que la libertad como valor. A mayor debilidad, mayor deseo de satisfacer caprichos y defender lo espontáneo. El MC es diana del capricho de cada momento.

Se reclama para el MC y la AP en general, penetrar, con frecuencia, en el mundo de los valores y en el universo simbólico del sujeto. Entender la vivencia subjetiva, el padecimiento, no puede limitarse, en ocasiones, a lo físico, lo psíquico o lo social. Necesita incluir los valores que mueven al sujeto a las acciones.

Como dice Sábato (1997) en *El escritor y sus fantasmas* “Son los símbolos que inventa el alma lo que nos permite llegar a las verdades últimas del hombre. Es el espíritu el que da la posibilidad de participar de lo absoluto, de lo eterno”.

No se pretende en la consulta médica llegar a las verdades últimas del hombre, pero no se puede comprender la amenaza al sentido personal sin entrar en el mundo de los valores.

La atención a personas concretas da un papel nuclear a la relación P-MC con el necesario autoconocimiento del médico (Balint, 1989). Quizás las limitaciones para el autoconocimiento y maduración del profesional le lleven a recurrir al paradigma biomédico como forma más fácil de realizar su práctica profesional.

Parece necesario aportar nuevos estudios sobre el modelo de atención más adecuado, por qué se perpetúa el paradigma biomédico cuando existen múltiples estudios que

evidencian la necesidad de perspectivas más amplias y humanistas para un segmento amplio de la población que acude a AP.

6.2.2 ¿Qué ofrece el médico de cabecera?

5.2.2.1. Vertiente antropológica

5.2.2.1.1. Ayuda indefinida.

La Atención Primaria de Salud como su nombre indica nace con la vocación de promover la salud y educar para la salud, además de atender a la persona enferma. Promoción y prevención han sido propuestas como objetivos prioritarios en AP. Se incluiría este objetivo en una estrategia, por parte del Estado, más amplia y ambiciosa como es desmedicalizar la sociedad.

La ayuda en AP parte de un derecho conseguido por el Estado de Bienestar. Es una ayuda al individuo enfermo en cuanto beneficiario de la salud.

6.2.2.1.2. Imago materna en la relación de ayuda

El cuidado de la salud, que es un concepto ambiguo, lleva al individuo al médico solicitando ayuda ambigua. El padecimiento que no se controla en la red primaria, así como el cuidado de la salud llevan al individuo urbano al médico de cabecera. Queda este, como una ampliación de la red primaria, donde se ofrece ayuda “para lo que haga falta”. No es solo la ayuda para aliviar, sino también para cuidar, aconsejar, guiar, dar pautas. Es la ayuda que tradicionalmente ofrece la madre en el núcleo familiar. Ahora es una ayuda profesionalizada y técnica, incluso para problemas banales. Se crea la idea generalizada de que mantenerse sano pasa por el control del Sistema Sanitario.

Esa ayuda proporcionada por el médico tiende a un bio-reduccionismo, a los aspectos más materiales del problema de salud (Laura, 1990).

Se reconoce la multicausalidad en la mayoría de los problemas atendidos en AP (Laerum, 1998), pero se hace una ayuda personal responsabilizando al sujeto del cuidado de su salud. Estilo de vida y calidad de vida pierden su sentido social con el que fueron creados desde las ciencias sociales para convertirse en hechos individuales marcados por la “Ciencia”.

Se realiza, de forma creciente, un traspaso del cuidado de la salud desde la red primaria al sistema sanitario que va incapacitando al individuo y su entorno a abordar lo banal, lo cotidiano para delegar las propias capacidades en un profesional.

Por ese motivo, en todos los grupos se considera la **accesibilidad** como requisito básico en AP, más en el segmento joven y de adultos jóvenes. La accesibilidad guarda estrecha relación con la búsqueda de comprensión y alivio inmediato del padecimiento. Esta búsqueda correspondería con la búsqueda inmediata, culturalmente construida, del significado del padecimiento cuando la salud se siente amenazada y con la necesidad de participar en el ritual en busca de control.

Coincide con estudios cuantitativos en los que la accesibilidad es una de las dimensiones más valoradas en la relación clínica en AP, por encima de la continuidad en la relación con el MC (Palacio, 2003; Barberá, 2005).

La accesibilidad supone una forma de expresión del comportamiento libre que ansían el hombre/mujer urbanos. Encorsetado por las normas, el individuo humano reivindica su libertad a través de los Derechos como Paciente. La salud, bien básico y muy preciado, solicita atención cuando y como uno desee. Por eso la accesibilidad aparece como forma, no de libertad, sino de comportamiento libre.

Se ha visto como existe un progresivo aumento de la frecuentación a las consultas de AP y mayor frecuentación de los servicios de urgencias. Al mismo tiempo, los profesionales consideran que un alto porcentaje de las consultas, para algunos puede ser mas de la mitad, son injustificadas (Agreda, 1995).

Mucho apoyo en lo cotidiano crea dependencia. Aparece una forma sutil de poder, por parte del Sistema Sanitario a través del MC, que no es coactivo, pero sí seductor. Hay autores como Schaefer, Schipperges o Wagner, que propugnan la prevención primaria como un programa de intervención política (Montiel, 2002).

La dependencia es mayor en el más débil favoreciendo un circulo vicioso que va debilitando al más vulnerable. La delegación de la atención y cuidado de los problemas sociales, laborales, familiares... en el MC medicaliza la vida y deriva recursos a un sistema que resulta ineficiente para este tipo de padecimientos.

Se detecta menos ayuda en los que más lo necesitan y en los que el MC puede ejercer una influencia más positiva. Coincide con lo observado por Stirling (2001) que pone de relieve como a mayor deprivación socio-económica, aumenta la prevalencia de distress psicológico y disminuye la duración de la consulta.

La Atención Primaria, lejos de desmedicalizar y hacer personas autónomas, crea dependencias, no ya en la enfermedad, sino incluso en el mantenimiento de la salud. La prevención llega a adoptar la forma de “enfermedad futura” y de patología en una vida sana.

Se ha creado para el paciente urbano una imagen de ayuda para todo. Es una ayuda donde se delega más que se co-participa en las decisiones. Como la ayuda prestada se hace en torno al padecimiento, el médico de AP queda como puente entre la red primaria y secundaria. El cuidado y manejo por parte del profesional debe tener objetivos y límites que no hagan de la consulta un motivo de peregrinación. El médico no forma parte de la red primaria. Los

objetivos de la relación deben ser determinados para evitar la frustración y falta de eficacia hacia el enfermo por un lado, y la frustración del profesional que “hace lo que puede” ante las presiones del paciente y de la Institución.

En la relación de ayuda sanitaria, según Olazábal (1994) se puede tomar la actitud salvadora por la que el médico es superior y en base a esa superioridad ayuda. O bien, abordarse la ayuda como expresión de solidaridad desde una posición existencial de igualdad. La solidaridad como profesional no se puede ejercer sin objetivos previos. Los medios disponibles en cualquier organización guardan relación con los objetivos prefijados, no al revés. Para llevar a cabo la relación de ayuda en una complicada trama personal y social en 5,8 minutos, la medicalización seguirá siendo la norma, la consulta dirigida predominará frente a la participativa y el tratamiento médico frente al manejo personal del padecimiento.

Distintos estudios detectan que el modelo de relación P/MC predominante tiende a ser un modelo de control y paternalista (Epstein, 1996; Loayssa 2001).

No están claros los fines de AP. Todo puede quedar incluido en el campo de la AP. Se realiza una continua adaptación funcional sin tener una referencia clara de los objetivos. Los objetivos de la especialidad están alejados de la realidad y de los contratos programa que se han firmado anualmente como compromiso del trabajo asistencial (Martín Zurro, 2000).

La definición que aparece en uno de los Tratados de Medicina de Familia de Médico de Familia, da idea de lo holístico, complejo y vago que resulta: El Médico de familia proporciona atención sanitaria mediante la disciplina de la medicina de familia. Su formación y experiencia le cualifican para ejercer en los diferentes campos de la medicina y de la cirugía. El médico de familia está preparado y formado para desarrollar y poner en práctica actitudes y habilidades especiales que le cualifican para proporcionar la conservación

completa y continua de la salud familiar, y la atención médica a toda la familia, independientemente del sexo, la edad o el tipo de problema presente, sea biológico, conductual o social. Este médico actúa como defensor del paciente o de su familia en todas las cuestiones relacionadas con la salud, incluida la utilización adecuada de especialistas médicos y de recursos comunitarios (Taylor, 1995).

Si la salud resulta un objetivo ambiguo, la función del médico de familia no lo es menos. En la salud/padecimiento cabe cualquier problema humano y en la definición de médico de familia, asimismo, cabe casi cualquier actividad humana.

En la Ley de Cohesión y Calidad del SNS se “especifican” las prestaciones propias de la Atención Primaria en los siguientes términos: Asistencia sanitaria a demanda, programada, urgente, tanto en consulta como en domicilio; la prescripción y realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos; las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y comunitaria; las actividades de vigilancia e información en protección de la salud; la rehabilitación básica; los servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos; la atención paliativa a enfermos terminales, la atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de Especializada y la atención a la salud bucodental (Prieto, 2003).

Es difícil concretar la relación de ayuda que parece difuminarse en un amplio abanico de posibilidades. Contrasta con el hecho de que los contratos programas, desde la aparición de la AP, han valorado actividades cuantificables, concretas, dejando de lado la actividad socialmente más compleja y humanamente más costosa.

Se reivindica 10 minutos de consulta, sin precisar el contenido de la misma. Se hace con el enfermo lo que “se puede” según las circunstancias (Domínguez, 2003). No hay conciencia clara de lo que se debe “hacer”. Aumentar el tiempo de consulta no es por sí

mismo un objetivo, sino un medio para conseguir objetivos marcados. Incluso ese tiempo, mal utilizado, podría representar una mayor presencia del sistema médico en la vida del paciente, un aumento de la medicalización de la vida.

La ayuda “maternal” realizada por el MC y por extensión por el EAP no puede, ni debe ser omnipresente. El papel de madre tiene que buscar hacer crecer a los hijos y buscar su desarrollo personal, nunca la dependencia. Cualquier problema puede incluirse en la AP, pero muchos de esos problemas ni tienen comprensión, ni alivio, ni solución dentro del sistema sanitario. La relación de ayuda médica tiene sus limitaciones que pacientes y profesionales deben poner en juego. Hacer lo contrario sería crear pacientes menores de edad, sin capacidad de maduración, con dependencias patológicas, con un aumento del gasto sanitario exponencial, que socialmente resulta inútil además de insostenible.

Hay que tener en cuenta las preferencias del paciente y reclamar su participación, para erradicar decisiones inadecuadas y mejorar la calidad asistencial (Del Llano, 1998). Habría que añadir que hay que explicar las limitaciones.

La ayuda “para cualquier cosa” genera una frustración en el profesional y dependencia en los mas necesitados que perpetúan su minoría de edad y evitan su desarrollo personal. Wileman (2002) observó que problemas de síntomas inexplicados y distress psicológico presentaban dificultades en la relación P-MC que hacía la consulta nociva para el paciente y frustrante para el médico.

La ayuda “para todo” que coincide con el rol social de la mujer en la familia, parece que facilita la adaptación del género femenino a su papel de MC. Se comprueba que la mujer médico tiene una mayor satisfacción con la relación P/MC mientras el médico varón esta más interesado en los ordenadores, cirugía menor, finanzas, visitas externas (Chambers, 1996). También se ha comprobado que la mujer médico dedica más tiempo a la consulta, aporta más

consejos e información y atiende mas problemas de salud que sus colegas varones (Van den Brink- Muinen, 1994).

También López (2000) y Delgado (2001) evidencian que las médicas de familia tienen una orientación de la consulta hacia los problemas psicosociales en relación con los varones y realizan mas actividades preventivas congruentes con su sexo.

6.2.2.1.3. Ayuda continuada en la vulnerabilidad.

La accesibilidad se considera una cualidad primordial en el segmento joven y de edad media. A partir de esta edad y sobre todo en el segmento anciano, la continuidad gana protagonismo frente a la accesibilidad.

En los problemas agudos, los propios cambios en la vida familiar y personal, las relaciones personales superficiales y cambiantes a las que esta socialmente “acostumbrado” el paciente urbano, la búsqueda de soluciones rápidas a los problemas de salud hacen de la continuidad algo deseable pero no imprescindible.

A partir de la edad media, la patología crónica y problemas de salud con crisis vitales solicitan una ayuda mantenida en el tiempo, con compromisos y fidelidades. La continuidad aporta coherencia a la consulta y establece un vínculo social.

Se ha marcado la continuidad como un objetivo en AP. Se espera que el médico de familia mantenga su responsabilidad con los enfermos a lo largo del tiempo, según las necesidades de atención médica que puedan surgir (Banagan, 1981). La continuidad proporciona una mejor relación P/MC, con lo que la satisfacción de ambos es mas alta y se consigue como efecto un menor coste de la atención médica (Taylor, 1995). Parchman (2002) comprueba como la continuidad consigue un mejor control de la patología crónica.

Los vínculos de la red primaria mueven afectos y sentimientos que no siempre se encuentran en el plano consciente racional. Los vínculos secundarios como el trabajo o la comunidad están en el plano de la racionalidad.

El MC se identifica por los actores sociales entre la red primaria y secundaria en nuestro entorno. Para algunos, estaría próximo a la consideración de vínculo primario y para la mayoría de vínculo secundario.

La integración social se realiza por medio de procesos interpersonales. La familia como grupo primario proporciona la integración básica a través de amor, protección, cooperación y socialización. Se puede decir que son características buscadas, en muchos casos, en el MC.

Según un estudio realizado por Gabel (1993) la familiaridad y la confianza mantienen la continuidad con el médico de cabecera.

La continuidad aporta también pautas estables de conducta. Michel y Enid Ballint (1971) investigaron con médicos y psicoanalistas durante años y llegaron a la conclusión de que el médico ejercía una poderosa influencia (en gran parte inconsciente) no solo de la organización de la consulta, sino de la forma de presentarse los pacientes en la misma. Cuando se preguntaron el por qué de tal influencia, acuñaron la expresión de “función apostólica de médico”. La mayoría de los potenciales consultantes, si son tratados con un mínimo de respeto, “se convierten” a los sistemas conscientes e inconscientes de su médico.

El médico crea, mediante actitudes conscientes e inconscientes, una atmósfera o encuadre particular en su consulta, tanto a nivel externo, socio-organizativo, como a nivel interno, psicológico. Este encuadre es su forma particular de practicar la medicina e influye poderosamente en sus pacientes que tratan de acoplarse en múltiples facetas: verbales, paraverbales, conscientes e inconscientes.

La continuidad se asocia con mejores resultados de la relación P/MC y mayor satisfacción de los actores (Sweeney, 1995). Cuando se rompe la continuidad, empeora la calidad del tratamiento, aumentan el número de visitas, aumentan los costos, afectando principalmente a pacientes ancianos y a los que están recibiendo tratamiento en el momento de la ruptura (Flocke, 1997).

Hjortdahl (1992) encuentra que la continuidad en la atención aporta un conocimiento acumulado y más responsabilidad del médico hacia sus pacientes.

Aparece continuidad frente a accesibilidad como característica solicitada por el paciente anciano y por el más vulnerable (Andersson, 1995). No es estadísticamente la cualidad mas requerida pero si la que se concede un valor añadido por posibilidad de ayuda integral al más frágil. Como observa Baker (2003), la continuidad mejora la satisfacción de pacientes portadores de problemas serios de salud.

6.2.2.2. Vertiente sociológica.

6.2.2.2.1. Incuestionable autoridad legal.

El estudio se realiza en un medio donde la Medicina sigue un modelo universitario, internacional, uniforme, burocrático y monopolístico. Ha adquirido un poder excepcional.

Se ha visto en el desarrollo histórico, como la autoridad del médico, en el estado moderno, se ha ido constituyendo sobre la base de una dominación de la ciencia y la técnica en la vida diaria. A partir del siglo XVI se va transformando la autoridad moral y carismática del médico en autoridad científica. La legitimidad y autoridad del médico la otorga una ciencia socialmente reconocida y respetada y una organización profesional que marca las normas tanto técnicas como éticas a seguir. Así, la ciencia y la profesión son fuentes de autoridad que conceden al experto un poder elevado.

La medicina, además, se ha universalizado apareciendo la atención sanitaria como un derecho en el Estado de Bienestar de las sociedades desarrolladas. Esto ha sido posible desarrollando un gigantesco aparato burocrático que busca eficacia y eficiencia en una medicina con unos gastos sanitarios, que se han ido multiplicando exponencialmente. La burocracia ha buscado racionalizar las medidas que se toman en la relación clínica tanto en lo que se refiere al diagnóstico, como al tratamiento. La Institución intenta buscar el bien común primando la justicia como valor moral de la relación clínica.

La búsqueda de rapidez, eficiencia y justicia distributiva marca una relación clínica burocratizada. Los jefes en la burocracia son impersonales y dictan las normas a seguir por los actores sociales.

La Institución concede la autoridad legal y marca el tiempo y espacio del rito en detrimento de la relación interpersonal. El cliente de la burocracia se ve forzado a actitudes de dependencia a las que se debe someter si quiere participar de sus beneficios. La dependencia burocrática se compensa con la autonomía que el sistema concede sobre: a quién consultar, flexibilidad en el número de consultas, acudir repetidas veces, incluso al hospital, solicitar estudios complementarios...

De acuerdo con lo constatado por Fromm (1996) el gigantesco poder de la burocracia deja al individuo más débil que nunca. Para protegerse de la debilidad se crea un ideal de libertad personal absoluta, ilimitada. A mayor debilidad, más aumenta el sentimiento de satisfacer los caprichos y defender lo espontáneo.

6.2.2.2. En busca de la autoridad personal.

Si el médico de la tradición Hipocrática-Galénica poseía una autoridad personal tanto sobre el cuerpo como la moral, el médico moderno ejerce una autoridad mas impersonalizada.

Se respeta más el rol social que a la persona y en su actividad diaria, pone en juego una combinación de beneficencia hacia el enfermo y fidelidad a las normas que debe cumplir en la Institución en la que trabaja. Su posición le obliga a normativizar en cuanto a conceder o negar el rol de enfermo, en cuanto a capacitar o incapacitar para el trabajo, en cuanto a marcar pautas en los hábitos de vida... También el trabajo en equipo favorece la autoridad impersonalizada. El MC además de su carácter sanador, se convierte en burócrata que fiscaliza una parte importante de la vida del individuo. Su papel sanador y fiscalizador están estrechamente unidos. El ritual consagra el control institucional.

Max Weber (1979) distingue la autoridad que se expresa en normas racionales o en autoridad personal o por carisma (entendido como la consagración a lo extraordinario, gracia concedida a profetas, héroes...). Hay una mezcla de estos tipos de autoridad en el MC, con mayor peso de una u otra según la práctica clínica llevada a cabo.

Para Siegler (1997), hasta la década de los sesenta hay una gran dependencia del médico por parte del enfermo y desde la segunda Guerra Mundial se ha luchado por la autonomía de paciente basándose en sus derechos en la relación médico-paciente. Nos encontramos en la era burocrática donde la contención de gastos se hace objetivo prioritario y son los gestores, no los médicos, los que marcan la pauta en la relación clínica. El bienestar del paciente deja de estar en manos del médico y el paciente exclusivamente.

El MC se encuentra entre el paciente y la Institución con una lealtad dividida. El desplazamiento de la autoridad personal hacia la legal ha llevado al médico a actuaciones clínicas al margen del paciente. Como escribe Pellegrino (1997), bioeticista norteamericano “el paciente no espera que el médico sea un instrumento de la política económica o social”. También Cassel (1979), médico y humanista americano participa de la misma opinión en sus obras sobre la relación médico-paciente.

El MC es una imposición institucional que actúa entre el paciente y el resto de especialistas del SNS. Puede constituir un puente o una barrera entre los niveles que se han establecido en el Sistema Sanitario. La relación comienza siendo burocrática y se construye a través de contactos repetidos, apoyos puntuales, a través de la cotidianidad.

La tecnología se ha aprovechado de la autoridad de la ciencia y la ha convertido en poder (Panikkar, 1991).

No se cuestiona la autoridad legal del MC. Ya no es el paternalismo lo que preside la relación entre P-MC. Históricamente el paternalismo pretendía la beneficencia del enfermo, basado en la autoridad superior del médico, sin considerar deseos, creencias ni opiniones del primero. Se pasó del paternalismo al principio de autonomía como valor moral que debe presidir la relación clínica.

Con el respeto a la autonomía del paciente se ha pretendido liberar al mismo del paternalismo y concederle la mayoría de edad. Es la forma que se ha encontrado para respetar el espacio íntimo y privado, espacio donde se encuentran las señas de identidad del paciente. Con la atención del padecimiento en el sistema médico, lo íntimo y privado emergen en la relación clínica con la intención de preservar la identidad individual y social del individuo.

El padecimiento crónico, psicosocial, multifactorial en el paciente vulnerable vuelve a reclamar la autoridad personal del MC. Distintos autores (Inglefinger, 1980; Savage, 1990) observan que el estilo directivo en la consulta obtiene un nivel de satisfacción en el paciente significativamente más alto que el modelo participativo realizado por el MC.

Si la balanza se inclina hacia la autoridad legal se obtendrá una atención médica segmentada, objetivable, medicalizada, donde prima lo físico sobre lo humano. Por el contrario, un profesional con autoridad personal puede conseguir una atención más humanizada, con una ayuda más personal que tienda a la verdadera autonomía del paciente,

con la recuperación del mismo como persona moral autónoma. El sufrimiento sin sentido hace difícil continuar con el proyecto vital; en la falta de adaptación social o en las crisis socio-culturales de la personalidad, la ayuda técnica o ritual no son suficientes.

El padecimiento enfrentado con la autoridad científica busca en distintas instancias del sistema sanitario lo que no encuentra en ninguna. Se produce una especie de peregrinación por los distintos niveles asistenciales, sin resultados, pero muy costosa personal y económicamente.

El MC se encuentra con la autoridad otorgada por la ciencia y por el ritual. Además la burocracia le concede una autoridad/poder institucional. Es el médico más próximo al enfermo por lo que esa autoridad tiene que estar contenida con la libertad crítica que se exige cuando los valores morales, a veces no compartidos, están en juego.

No parece extraño que el paciente urbano actual reclame una autoridad personal del MC. Es la autoridad personal lo que permite hablar con autoridad al MC. Se confunde muchas veces hablar con autoridad con hacerlo de forma autoritaria.

El poder en la relación clínica se asume de forma irregular. Los que más ayuda necesitan en el socioestrato MB por distancia social, por dificultad en comunicación, por conocimientos asimétricos, se encuentran un MC con más poder legal.

La autoridad carismática parece perdida por el MC. Se asume un médico mejor formado pero con menos “carisma”. Esto disminuye la iatrogenia de la relación en cuanto a evitar la charlatanería, la polarización hacia la omnipotencia del médico (Fernández Cerdeño, 1994); sin embargo se desplaza la iatrogenia hacia la realización de pruebas, consumo de fármacos, creación de metapatologías. Se llegan a aceptar las medidas técnicas como mágicas y omnipotentes y se delegan los recursos personales.

La autoridad personal del médico no depende solo de su capacidad para desarrollar ciertas funciones sociales; depende del desarrollo de su personalidad, del estilo personal, de la capacidad de comunicación, formación, valores morales. La formación del médico eminentemente técnica, hace de los valores humanos una virtud añadida, de inestimable valor cuando se posee, que conduce a la excelencia en la profesión.

La autoridad personal, que se escapa de la cuantificación, puede ser motivo de excelencia en el trabajo o causar efectos iatrogénicos en el paciente. Necesita ser estudiada, controlada y enseñada para que se realice en beneficio del paciente. Si se renuncia a la beneficencia se perdería la esencia de lo que el paciente espera del médico.

6.2.2.3. Vertiente personal

6.2.2.3.1. Confianza: Eje central de la relación paciente/ médico de cabecera.

La palabra confianza es la que condensa en todos los grupos la cualidad esencial en la relación con el MC.

Confianza en la figura del profesional pero, sobre todo, confianza basada en el sentimiento hacia una persona. Confiar es tener fe, creer en alguien. Solo si se confía, se puede poner la salud, “El Bien más preciado” en manos de otro. El resultado de la consulta depende del juicio del paciente sobre la capacidad técnica y sobre la relación interpersonal con el MC, ambas condiciones necesarias para generar confianza (Thom, 1977). Es la relación con otra persona lo que genera confianza.

La persona en nuestro medio hace continuas referencias a sentimientos, actitudes, y valores del MC que no son estrictamente racionales. La sanación pone en juego elementos no científicos, pero tan necesarios como ellos. La personalización del padecimiento hace de la confianza una cualidad previa para compartir la intimidad. Hay resistencias activas y/o

pasivas para comunicar un padecimiento, para exponer la vulnerabilidad propia a otra persona. Solo el sentimiento de confianza puede hacerlo posible.

La confianza generada en la relación clínica facilita la comunicación de problemas íntimos (Gulbrandsen, 1997). Laín (1983) manifiesta que la confianza del enfermo toma forma de confidencia.

La confianza no puede demostrarse con una evidencia racionalmente concluyente. Es la certidumbre basada en la experiencia subjetiva de los hechos. Los continuos contactos, más o menos profundos con el MC, van constituyendo la fuente de fe, confianza y afectos necesarios en la relación. El paciente que siente confianza no tiene un sentimiento irracional. Es una fe basada en la razón.

Constantemente debemos apoyarnos en algo o alguien que merezca nuestra confianza (Gadamer,1996). Aunque se posea una sólida formación, no podemos basar lo que consideramos cierto en pruebas fehacientes, ni en deducciones forzosas.

La fe en sí mismo, en los demás, en la humanidad, en nuestra capacidad de llegar a ser plenamente humanos, también implica certidumbre, pero basada en la experiencia, no en la sumisión a una autoridad que impone una creencia dada (Fromm, 1995). Es la certidumbre de una verdad de la que estoy seguro debido a mi vivencia y experiencia.

La enfermedad genera una relación P-MC básicamente profesional. Si en cualquier especialidad médica la confianza es necesaria, en AP es el eje de la relación. Los continuos contactos, más o menos profundos, deben ir constituyendo la fuente de fe y confianza.

Hay un exceso de información en temas de salud que desemboca en la perplejidad por saturación de contradicciones. La información recibida por el paciente procede de fuentes dispares (Stevenson, 2000). Hace falta confiar en alguien como orientador o consejero o gestor de la salud.

Se puede generar confianza como técnico, poner en marcha dispositivos científicos que proporcionen control y seguridad en el paciente. La sanación, en muchos casos, y el ritual pueden llevarse a cabo con estos mecanismos.

Cuando el padecimiento preside la relación, la confianza debe ser personal, en MI Médico. No es una confianza generada por el conocimiento de forma exclusiva. No es solo la comunicación en su forma, sino el contenido de esa comunicación lo que constituye la fuente de confianza. Los valores morales del médico como profesional se unen a los valores del médico como persona. Se busca a ese médico como persona.

6.2.2.3.2. Vocación.

Aparece así la **vocación** como cualidad reclamada de forma unánime al MC. Parece que es una cualidad que muchos profesionales no considerarían necesaria para llevar a cabo su labor. Sin embargo, aparece de forma constante en todos los grupos, incluso en los más jóvenes donde el médico de cabecera no es una figura muy necesaria en su cotidianidad.

La palabra vocación de raíz griega “vocare” que significa llamada, no hace referencia solo a la profesionalidad, sino que integra conocimiento y valores morales. La persona que ayuda, el médico, debe ser simbólicamente alguien llamado para esa misión. Es una llamada interior a un quehacer determinado, que se tiene que plasmar en actos. Es una exigencia superior al conocimiento racional y técnico. Es el deseo de ayuda y sacrificio, la dedicación del que desea compartir, dar, amar (Fromm, 1991).

Para Laín, la vocación médica integra una inclinación del ánimo a la ayuda al menesteroso, y, por tanto, al enfermo y una afición a vencer cognoscitiva y operativamente, mediante un saber científico técnicamente realizado y poseído, las dificultades y problemas

que presenta o impone la naturaleza. La vocación del médico tiene como materia propia la realidad del hombre.

Es la llamada a esa labor lo que hace que la persona ofrezca cualidades diferentes a otros profesionales. Controlar el MAL, luchar contra la muerte, dominar la enfermedad requiere alguien “especial”. Nuevamente aparece al hablar del MC cualidades morales unidas a las técnicas.

6.2.2.3.3. Afecto, si es posible, amistad.

Como consecuencia de esa confianza personal con el MC surge otro sentimiento en la relación clínica al margen de la razón pura: **La afectividad**

Desde los griegos se ha identificado la inteligencia con la razón, excluyendo la afectividad. Los sentimientos han sido considerados como una zona oscura, irracional de la que hay que desconfiar. La palabra griega pathos que significa sentimiento ha dado origen en castellano a la patología o ciencia de las enfermedades. Se ha opuesto la vida sentimental como oscura, a la razón que es el ámbito de la claridad. Pero la razón por sí sola no puede mover a los seres humanos. La capacidad de dirigir el comportamiento, de soportar el estrés, de motivación, de aplazar el premio son factores que intervienen en la eficacia de la inteligencia (Marina, 1997).

Para autores como Laín la relación M-P debe estar presidida por la amistad. Dice Laín (1983) “cuando la asistencia médica es lo que debe ser, el vínculo que entre sí une al terapeuta y al enfermo es el amor, un amor especificado como amistad médica”.

Para este autor, la amistad interhumana se caracteriza por tres notas principales: beneficencia, confianza y gusto por la convivencia con una persona determinada. La relación médico/paciente es una forma singular de la amistad hombre-hombre y la relación

óptima entre el médico y el enfermo es la amistad médica, distinto de la proximidad y la simple camaradería (Laín, 1994).

Desde otra perspectiva, Childress (1979) critica la posición de Laín que le parece paternalista y moralista porque pone mayor énfasis en los deberes y necesidades de los enfermos que en sus derechos. Cree que el derecho de autonomía es particularmente importante y limita el control del profesional y de la sociedad sobre el paciente.

La afectividad en la relación clínica proporciona una vertiente compartida entre el paciente y el médico, que aproxima a las dos personas, frente al espacio técnico de la relación en el que uno de los participantes, el médico, domina al otro, el enfermo.

Cuando la relación clínica es importante para el paciente por la preocupación, miedo, gravedad que el padecimiento provoca, la afectividad aparece. Mayor vivencia de padecimiento mueve el mundo afectivo en la relación. La relación interpersonal implica poner en juego el afecto. No parecen suficientes la beneficencia y autonomía como principios morales; en la relación interpersonal se requiere cierto grado de afecto. Así lo reclaman los actores sociales más vulnerables. No siempre es una realidad, pero si constituye un deseo compartido por todos los actores sociales en el presente estudio. El afecto sobrepasa la razón y se adentra en el plano espiritual, un plano que emerge en el padecimiento.

Confianza con lazos afectivos son los rasgos más constantes solicitados en el género femenino y segmento anciano. Su concepción de la salud más integral, más vivencial, conlleva una relación interpersonal con más intercambio de intimidad y afectividad.

En los grupos estudiados, la amistad no parece alcanzable en la relación clínica con el MC, pero la corriente de afecto se considera deseable, aunque no se haya conseguido en muchos casos.

El socioestrato MA parte de una relación de confianza previa al encuentro clínico por conocimiento del profesional, por relaciones con el entorno, por la elección del mismo sobre la base de su prestigio. El encuentro se facilita por la proximidad entre ambas racionalidades.

La confianza en el socioestrato MB es una batalla que hay que ganar. Se habla menos de afecto en este segmento, pero la confianza cuando se consigue, genera una rica fuente de cooperación. La mayor eficacia simbólica junto con la mayor necesidad sentida de ayuda ofrece la oportunidad de crear una relación mucho más constructiva por parte del MC que en socioestrato MA.

En el proceso S/P/E surgen momentos de crisis, de tensión, de proximidad. Se establece un marco en la relación donde se comparten valores, hay un afán de entendimiento con negociación del manejo de los problemas cuando los problemas se mantienen en el tiempo. El afecto se va consolidando cuando la ayuda no es solo técnica.

El conocimiento del profesional, su compromiso personal y el establecimiento de lazos afectivos mejoran la comunicación y el resultado de la relación (Hjortdal, 1992).

6.2.3. ¿Qué representa el médico de cabecera?

6.2.3.1. Mezcla de ciencia y arte.

La faceta menos racional del MC, más próxima al Mythos que al Logos, aparece como necesaria en una parte de la población estudiada. Se puede llamar faceta artística en contraposición con la faceta técnica en la que se fundamenta la relación.

Es posible que muchos profesionales no se reconozcan en esta faceta artística, pero emerge como cualidad reclamada por los mas “necesitados” del MC.

La medicina es una ciencia; la profesión médica es el ejercicio de un arte basado en ella. Todo arte tiene la finalidad de llevar a cabo algo; la ciencia quiere encontrar la verdad

sobre algo (Stott, 1983). Para el médico la materia en la que ejerce su arte, es en sí misma el fin último: el organismo humano vivo como objetivo de sí mismo. Pero el arte práctico no es sencillamente la aplicación de la base teórica, es decir, una aplicación inequívoca de un conocimiento unívoco, sobre un material inequívoco con un fin inequívoco. El médico tiene que verse en cada caso concreto, en cada momento, con toda su unicidad y complejidad. El juicio diagnóstico necesita saber, experiencia, intuición y una persona diferenciada y originalmente dotada, el médico (Gadamer, 1997).

En AP el médico se enfrenta con la persona, sin fragmentar, en su medio y se ve obligado a adaptar su conocimiento científico a cada circunstancia. Pone en juego valores morales y utiliza componentes mágicos y acciones ritualizadas sin saberlo. Da consejo a los demás sobre la vida al margen de la ciencia, afectando a comportamientos que no son “médicos”.

Cuando el padecimiento cambia la consideración de caso o enfermedad a la de persona, se hacen necesario emplear dotes artísticas en la sanación y/o en la recreación de la orientación vital. Así se reconoce en los discursos analizados. La sanación no esta basada en el pensamiento lógico exclusivamente. La recuperación del sentido vital está muy lejos de la acción técnica.

El arte de interpretar llamado hemeneútica, tiene que ver con lo incomprensible, y con la comprensión de lo que hay de desconcertante en la mente y el espíritu del hombre. En la interpretación se pone en juego la originalidad de la persona, su personalidad, su creatividad.

En la relación P/MC existen elementos intelectuales y además elementos conativos (deseos, necesidades e impulsos más profundos), así como afectivos (sentimientos, sensaciones, emociones). No hay conocimiento intelectual consciente sin algún tipo de deseo

o necesidad, ni ningún tipo de sentimiento que no lleve emparejado una representación más o menos consciente (Tizón, 1988).

El modelo comunicacional de la relación P/MC, se centra en aspectos conscientes y observables en al misma. Las fantasías, ansiedades, defensas, representaciones, biografía y marco socio-cultural también están presentes.

Se ha trabajado, en nuestro entorno, entrenando al médico de familia en la entrevista clínica. Grupos como “Comunicación y Salud” de Borrell et al (1994), cuyo Manual de entrevista clínica analiza aspectos comunicacionales de la relación clínica en AP, suponen una ayuda inestimable.

Se ha comprobado en EEUU como la mala comunicación con el paciente genera el 75% de las quejas, hasta el punto de que las compañías aseguradoras han reducido la cuantía de las pólizas de responsabilidad civil, cuando el médico tiene buenas habilidades de comunicación con los pacientes (Buckman, 2000).

La educación del médico “artesano” que trabaja con su paciente, asistido de ayudas externas, pero responsabilizándose de él, requiere formación en comunicación, pero eso no basta.

En la producción industrial moderna hay gran división del trabajo. Los dirigentes organizan el todo pero no lo hacen; los que hacen el trabajo específico nunca ven el todo. En la producción artesanal del médico, como ocurría en la Edad Media, una persona se responsabiliza de la atención a otra persona, asistido de múltiples ayudas, pero encargado de realizar su “creación” en esa relación interpersonal (Fromm, 1991).

Los componentes no racionales, más artesanales de la relación clínica en AP tienen un protagonismo inusitado y requieren estudio, interpretación y control de su calidad, como se puede hacer con cualquier creación artística. Efecto placebo, intuición, comunicación no

verbal, cualidades personales como honestidad, empatía, simpatía, la palabra... hacen de la relación P/MC un verdadero arte. La faceta artística de la consulta puede tener efecto sanador o iatrogénico. El artista también tiene su tempo, su ritmo, su estilo. También debe tener su valoración.

La idea de intuición como visión directa y espiritual de la realidad de una cosa, el conocimiento de esa realidad apoyado, sí, en lo que de ella se siente, pero no obtenido mediante la experiencia y el razonamiento, procede de la filosofía. La intuición es mera vivencia. Es una penetración intuitiva y cognoscitiva en el seno de la realidad. Quién diagnostica con intuición parte, por supuesto, de lo que percibe en el enfermo, y de lo que como médico sabe; pero en virtud de procesos psíquicos inconscientes, al margen por tanto de los razonamientos discursivos y lógicos a que, en la esfera de la conciencia, pueda ser sometido cuando el enfermo percibe, llega rápida y directamente a conocer lo que entonces le importa, es decir, un saber diagnóstico (Laín, 1982).

Es una aplicación práctica de la doctrina de Zubiri “la inteligencia sentiente” por la que intelegir y sentir no son dos actos diferentes entre sí, uno de la facultad intelectual y otro de la facultad sensitiva del hombre, sino dos momentos constitutivos de un mismo acto, el acto propio de la inteligencia sentiente (Zubiri, 1980).

En la intelección sentiente afínca el pensamiento filosófico, es donde deben explayarse los caracteres del orden trascendental y donde deben medirse los conceptos que constituyen el sistema de la metafísica (Zubiri, 1995).

Durante los primeros minutos de la consulta el médico establece una hipótesis de trabajo y realiza un diagnóstico de aproximación haciendo uso de su intuición. Según observa Smith (1981), ese breve instante va a tener enorme influencia en la satisfacción del paciente sobre la relación establecida con el médico.

El arte de curar debe producir salud. Ningún médico puede ayudar a un individuo a superar una enfermedad con solo aplicarle la capacidad rutinaria de su disciplina (Gadamer, 1996). La práctica médica se desarrolla entre las ciencias naturales y las sociales y la confrontación con los enigmas mentales y espirituales.

Cassell (1976) no habla de arte cuando habla de subjetividad en la relación clínica. Aboga por la validez de los sentimientos como información, y, del trabajo y pensamiento disciplinados como fundamento de hechos científicos sólidos.

Las actividades del médico no siempre son científicas, como se ha podido comprobar en el estudio. Un alto porcentaje de GP británicos prescriben ellos mismos o derivan a medicina alternativa a pesar de confesar incertidumbre sobre su validez y pocos conocimientos al respecto (Perry, 2000).

Michel y Enid Ballint (1973) describieron un cambio súbito en la relación médico-paciente, como un “relámpago” que se produce como un sentimiento de mutuo encuentro, de comunión. Este relámpago no es olvidado por el médico, ni por el paciente; se trata de una experiencia vivida por ambos que nunca puede construirse técnicamente.

El arte médico tiene un componente moral. Consideraciones como verdad y farsa, honestidad y decepción, respeto y coerción, surgen continuamente de la relación clínica dejando a la percepción del sujeto la valoración de estos componentes.

Combatir el padecimiento es una experiencia vital que reconvierte las expectativas del enfermo, debe estimular sus propios recursos y reavivar ilusiones y esperanzas. La situación de inferioridad del paciente en la consulta debe transformarse mediante el arte médico en autonomía por parte del paciente.

El verdadero éxito del médico es volverse prescindible. El arte de la medicina alcanza su perfección cuando se repliega sobre sí mismo y deja en libertad al otro.

Los cultura artística en literatura, artes plásticas, música, se esfuerza por obtener una comunicación, que es intención consciente, a través de la cual los receptores se convierten en co-creadores, dando un sentido independiente a la obra recibida. Es lo que Umberto Eco (1979) llama “obra abierta”. La faceta artística del MC debería perseguir este objetivo.

La excelencia en la profesión viene dada también por los componentes suprracionales de la relación clínica. La aplicación pura de conocimientos científicos en AP va a ser insuficiente y además puede ser perjudicial para la salud. Se reclama la formación humanística del médico desde distintos campos (Black, 1979; Cohen, 1980).

Lo menos racional de la relación (sentimientos, miedos, creencias, significados...) siempre está presente. Si se reprime, se traslada al terreno común con el médico: la queja referida al cuerpo. Pero siguen presentes en la queja.

Los estudios y evaluaciones de esos componentes artísticos/humanísticos del médico se hacen necesarios si se quiere conseguir una medicina primaria de calidad al servicio del ciudadano. El exceso de arte, en detrimento de la ciencia, puede acabar en charlatanería; el exceso de ciencia, en detrimento del arte, además de ser ineficiente, genera una medicalización de la vida.

Es necesario evaluar la capacidad científico-técnica del médico, pero no lo es menos la evaluación de la capacidad artística/humanística.

Analizar los “componentes irracionales” como necesidad de ser amado (crea dependencias patológicas), necesidad de poder (intolerancia, falta de respeto...) pueden ayudar a corregir la deformación profesional en la consulta. El arte en la relación P/MC puede ser constructiva o crear efectos patológicos, como lo hace cualquier medicamento. La faceta artística/humanística requiere ser evaluada para aprender de la experiencia ajena, detectar contraindicaciones y efectos secundarios y para poder llevar una ayuda constructiva al

paciente, que evite daños poco visibles para la Institución, pero más graves, en ocasiones, que las reacciones adversas a fármacos. Lo cualitativo tiene aquí su lugar para mejorar la calidad de la relación P-MC.

“El hombre necesita no verdades para vivir” (Nietzsche)

7. CONCLUSIONES

1.- La salud en el medio estudiado es un concepto ambiguo, difícil de definir. Un objetivo básico de la Atención Primaria, la atención a la salud, aparece como un objetivo mal definido y no compartido. Primera dificultad en su abordaje.

2.-La salud en el medio urbano y periurbano es una opción de valor. Cuando el individuo comparte un problema de salud, pone en juego valores morales.

La ciencia tiende a apartar los valores y a buscar datos objetivos y racionales. Aparece otro desencuentro para el manejo de muchos problemas en Atención Primaria.

3.- El padecimiento, como vivencia subjetiva, es el terreno específico que se asigna al médico de cabecera. El padecimiento manejado como enfermedad, deja al núcleo de la vivencia sin apoyo y genera frustración.

4.-El individuo urbano hace una interpretación del padecimiento centrada en la enfermedad. La enfermedad objetiva y objetivable es lo que concede credibilidad al Sistema Sanitario. Los componentes no racionales del padecimiento/enfermedad se reprimen y ocultan, pero están presentes.

5.-Se realiza una separación mente/cuerpo en la construcción cultural que la persona hace de la enfermedad en el medio estudiado. Son las quejas referidas al cuerpo las que buscan ayuda en el médico de cabecera. Los problemas mentales y espirituales buscan otro tiempo y otro espacio distintos.

El padecimiento que une de forma inseparable mente, cuerpo, lo individual y lo colectivo encuentra dificultad en su abordaje. La queja física aparece como emergente de malestares más complejos.

6.- El sufrimiento/padecimiento se toleran mal y requieren soluciones técnicas del sistema sanitario para su alivio. El padecimiento que no se transforma en enfermedad y no tiene tratamiento técnico, sigue requiriendo ayuda para ser soportado.

7.-Se observan diferencias de género en cuanto a la concepción del proceso salud/padecimiento/enfermedad:

La mujer tiene una experiencia del proceso salud/ padecimiento/ enfermedad integral, relacionada con la feminidad, con el equilibrio personal, con el autocuidado. Predomina la dimensión afectiva.

El hombre tiene una experiencia más fragmentaria, en relación con la ausencia de malestares físicos. Se valora más estar bien que sentirse bien. Prima la razón abstracta frente a lo afectivo. Se observa una fragilización del rol masculino en el medio estudiado.

8.- La relación clínica busca ENTENDER Y ALIVIAR el padecimiento. Entender el padecimiento no es siempre diagnosticar una enfermedad. Aliviar el padecimiento no es curar la enfermedad.

La relación clínica interpreta el padecimiento y con ello cambia la percepción de la vivencia del enfermo, mueve el mundo simbólico y proporciona alivio. El alivio se debe al control del miedo, a la comprensión del padecimiento y a los remedios aplicados.

9.-El médico de cabecera, el médico más desmitificado del Sistema Sanitario, se encuentra entre la sanación y la curación. Cura problemas de salud banales, de poca gravedad. **SANA** problemas complejos, multifactoriales, sin solución biomédica definitiva. La sanación es el terreno donde el médico de cabecera adquiere reconocimiento social.

Recuperar la salud en el padecimiento (SANAR) es asimilar la vivencia a la propia vida y continuar con el ejercicio de la misma de forma autónoma.

10.- Se reclama al médico de cabecera como SANADOR DEL PRESENTE por el socioestrato medio-bajo. Se necesita al sanador para apoyar los problemas cotidianos.

El socioestrato medio-alto utiliza al médico de cabecera como SANADOR DEL FUTURO. Es un recurso más, que a través de la prevención proporciona la ilusión de prolongar una vida plena y retrasar la muerte.

11.- El encuentro clínico en Atención Primaria, presidido por la ciencia y manejado por la razón, se convierte en ritual cargado de significaciones que permite legitimar socialmente el padecimiento, y controlar el MAL. No hay un límite bien definido entre Ciencia y Ritual en Atención Primaria.

12.- La Atención Primaria es la respuesta otorgada por la sociedad para legitimar y controlar el padecimiento, para proporcionar seguridad. El padecimiento que no encuentra sanación, a través del ritual, halla el control social que siente amenazado o perdido. El ritual paciente/médico de cabecera proporciona control y seguridad. El rito opera donde la técnica flaquea.

13.-El tiempo ritual es un tiempo creativo, capaz de modificar la realidad del paciente. Identificar la alteridad en el ritual requiere tiempo. Se reclama tiempo de forma general por la población.

La repetición del rito conforma una realidad. El ritual burocrático puede ser cumplido en los cinco minutos asignados por paciente. El ritual sanador requiere otro tiempo. El ritual sanador exige modificar la estructura del rito.

14.- Se observa mayor eficacia simbólica del ritual en el socioestrato medio-bajo. Es el segmento de población donde aparecen mas desencuentros en la relación clínica y mayor conflictividad.

La eficacia simbólica del encuentro clínico en Atención Primaria para el socioestrato medio-alto es menor. La relación paciente/médico de cabecera es menos conflictiva y menos eficaz.

Aparece un problema de justicia: Falla el ritual en los que más lo necesitan y donde puede ser más eficiente.

15.- El fármaco, como elemento no compartido del ritual entre el paciente y el médico de cabecera, aparece como la estrategia de manejo del padecimiento en la consulta. La palabra está debilitada. Se reconoce el manejo del padecimiento, como vivencia, a través de la medicación, en detrimento de la palabra.

16.- Todos los actores sociales participan del ritual médico. El ritual adquiere protagonismo en los sectores mas frágiles, como en mujeres, sobre todo a partir de la edad media, y ancianos.

17.- La relación interpersonal con el médico de cabecera solo se hace necesaria cuando el padecimiento crea un sentimiento de incapacidad en el paciente y/o hay falta de apoyo social.

En la personalización del padecimiento no se habla de socioestratos, sino de personas en situación de fragilidad en cualquier segmento de población.

18.- La personalización del padecimiento marca un nivel superior de ayuda en la relación clínica. No se reclama autonomía en la relación de ayuda en Atención Primaria. La autonomía no es el principio ético que preside la relación, es un objetivo a conseguir. Personalizar es compartir intimidad en busca de libertad en el pensamiento y en la acción.

19.- Imago materna en la relación de ayuda en Atención Primaria. El médico de cabecera proporciona una ayuda imprecisa, no consensuada, “para lo que haga falta”.

El paternalismo ejercido clásicamente por el médico hacia el paciente, ha pasado a manos del Estado de Bienestar que extiende su manto sobre los contribuyentes a través de la burocracia. El médico de cabecera queda asimilado a la faceta “maternal” de la ayuda.

20.- Hay una incuestionable autoridad legal del médico de cabecera otorgada por la profesión y la Institución que le convierten en cabeza visible y ejecutor de las normas dictadas por la burocracia.

La autoridad personal está cuestionada. Hay un desplazamiento de la autoridad personal hacia la legal, que conduce a decisiones médicas al margen del paciente. No se puede asimilar el padecimiento con autoridad legal.

21.- Jóvenes y adultos jóvenes reclaman accesibilidad en la relación clínica. Se necesita ayuda “aquí y ahora” para los problemas concretos.

22.- La continuidad adquiere valor cuando el padecimiento es crónico o vivido como preocupante, el que solicita atención. La continuidad aparece como vínculo social y proporciona compromiso, responsabilidad, conocimiento. Facilita la comunicación y la consecución de objetivos.

23.- La confianza personal es el eje de la relación clínica en Atención Primaria. La confianza es el punto de inflexión donde el médico se convierte en MI médico.

24.- Afecto y vocación aparecen como cualidades estrechamente ligadas a la confianza. Ambas se reclaman en todos los biosocioestratos.

25.- Arte y Ciencia, Mito y Logos en Atención Primaria van íntimamente unidos. Se debe perfeccionar la faceta científica y artística en el profesional de Atención Primaria para mejorar la eficacia y eficiencia del contacto paciente/médico de cabecera. También se debe analizar y evaluar la faceta artística en busca de efectos beneficiosos, efectos secundarios y contraindicaciones. La investigación cualitativa tiene aquí un papel relevante .

8. BIBLIOGRAFÍA

Agreda Peiró J, et al. “Demandas de consultas médicas de Atención Primaria en Navarra”.

Aten Primaria. 1995; 16: 125-130.

Albert D, Muson R, Resnik M. Reasoning in medicine: an introduction to clinical inference.

Baltimore. The John Hopkins Univ. Press, 1978.

Alonso LE. “La mirada cualitativa en sociología”. 1ª ed. Madrid: Fundamentos, 1998:54-62.

Alonso-Fernández. “La salud mental. 7 de abril Día Mundial de la Salud” Jano. 2001;

60(1381): 66-67.

Altisent R, Delgado Marroquín MT, Jolín Garijo L, Martín Espíldora MN. “Sobre

Bioética y Medicina de Familia”. Aten Primaria. 1999; 24(10):602-13.

Altisent R, Delgado Marroquín MT, Jolín Garijo MN, Martín Espíldora MN. “Sobre

Bioética y Medicina de Familia” (II). Aten Primaria. 2000; 25(3): 188-192.

Álvarez A. “Historia de la semFyC y de la Medicina de Familia y Comunitaria” Jano. 1999;

57(1322): 51-58.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^a

ed.) (DSM IV) Washington DC: APA, 1994.

Andersson SO, Ferry S, Mattesson B. Factors associated with consultation length and

characteristics of short and long consultations. Scand J Prim Health Care. 1993; 11: 61-67.

Andersson SO, Mattsson B, Lynoe N. Patients frequently consulting general practitioners at

a primary health care centre in Sweden: a comparative study. Scand J Soc Med. 1995;

23(4):251-257.

Andorno R. Bioética y dignidad de la persona . Madrid: Ed Tecnos, 1998: 66-67.

Antropos La Medicina Medieval. Disponible en
www.antropos.galeon.com/html/medimedieval.htm.

Artacoz L, Moya C, Vanaclocha H, Pont P. La salud de las personas adultas. *Gac Sanit.* 2004; 18(1):56-68.

Astin JA. “Why patients use alternative medicine: results of a national study”. *JAMA.* 1998; 279(19): 1548-53.

Augé, M. Hacia una antropología de los mundos contemporáneos. 2º ed. Barcelona: Gedisa, 1998: 84-90.

Ayarzaguena JM. “Factores biopsicosociales y utilización de servicios sanitarios de atención primaria de salud”. Tesis Doctoral Univ País Vasco Facultad de Medicina y Odontología. Dpto especialidades médico-quirúrgicas Bilbao, 1995.

Báez K, Ayarzaguena JM, Grandes G, Pedrero E, Aranguren J, Retolaza A. “Understanding patient-initiated frequent attendance in primary care: a case control study”. *Br J Gen Pract.* 1998; 48: 1824-7.

Bain DJ. “The content of physician-patient communications in family practice”. *J Fam Pract.* 1979; 8:745-753.

Baker D, Mead N, Campbell S. “Inequalities in morbidity and consulting behaviour for socially vulnerable groups”. *Br J Gen Practice,* 2002; 52 (475): 124-130.

Baker R, Mainous AG, Gray DP, Love MM. “Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctor and patient satisfaction with consultations with family doctors”. *Scand J Prim Health Care.* 2003; 21(1):27-32.

Balarajan R, Yuen P, Machin D. “Socioeconomic differentials in the uptake of medical care in Great Britain” *J Epidemiol Community Health.* 1987; 41: 196-199.

Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Ed. Libros Clásicos, 1971.

- Balint M., Balint E.** Six minutes for the patient. London: Tavistock Publications; 1973.
- Barberá JM.** Notable sanitario. Siete días médicos. 2005; 634:9-10.
- Baron RJ.** “An introduction to medical phenomenology: I can’t hear you while I’m listening”. Ann Intern Med 1985; 103:606.
- Barona JL.** Introducción a la Medicina. Valencia: Universidad de Valencia; 1990: 19.
- Barona JL.** Tradición y cambio durante la revolución científica. La medicina de la Ilustración. En: Introducción a la medicina. Valencia, Universidad de Valencia, 1990:115-125.
- Barreto P, et al.** “Percepción del malestar psíquico por el médico en un area básica de salud”. Aten Primaria 1998; 22: 491-6.
- Barry LA, et al.** Patients’ unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. BMJ 2000; 320(7244):1246-50.
- Barsky AJ, Borus JF.** Somatization and medicalization in the era of managed care. JAMA. 1995; 274:1931-4.
- Barthes R.** Elementos de semiología. Madrid: Comunicación/Alberto Corazón. 1970.
- Bass MJ, Buck CW, Turner L, et al.** “The physicians actions and the outcome of illness in family practice”. J Fam Pract. 1986; 23 : 43.
- Bates MS, Rankin-Hill L, Sánchez-Ayendez M.** “The effects of the cultural context of health care on treatment of and response to chronic pain and illness”. Soc Sci Med. 1997; 45(9):1433-47.
- Beckman HB, Frankel RM.** “The effect of physician behavior on the collection data”. Ann Intern Med. 1984; 101:692-696.
- Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M.** “Patients’ preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys”. Behav Med. 1998; 24(2):81-8.

Beorlegui C. “El símbolo y la utopía”. En: Lecturas de antropología filosófica. 2ª ed. Bilbao: Ed Desclée de Brouwer, 1995:245-278.

Bernardo M, Cubí R. “Detección de los trastornos psicopatológicos en atención primaria”. Barcelona: Sociedad Catalana de Medicina Psicosomática. 1989.

Bertakis KD, Robbins JA. “Gatekeeping in primary care: a comparison of internal medicine and family practice”. J Fam Pract. 1987; 24:305-9.

Bertakis KD et al. Gender differences in the utilization of health care services. J Fam Pract. 2000; 49(2): 147-52.

Black M. “Humanistic Education and the Physician’s Art”. En Cassell, E.J. Siegler M.. Changing Values in Medicine. 1ª ed New York: University Publications of America, 1979:181-196.

Bordieu P. Cosas dichas. Buenos Aires: Gedisa, 1988: 32

Borges JL. El libro de arena. Madrid: Alianza, 1977: 44.

Borrell F, Cebriá J. “Relación asistencial y modelo biopsicosocial” En Martin Zurro A., Atención Primaria. 3ª Ed. Barcelona: Mosby/Doyma, 1994:58-69.

Borrell F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1989.

Branthwaite A, Ross A. “Satisfaction and job stress in general practice” Fam Pract. 1988; 5:83-93.

Broadhead WE, Gehlbach SH, de Gruy FV, Kaplan BH. Functional versus estructural social support and health care utilization in a family medicine outpatient practice. Med Care. 1989; 27(3):221-33.

Brody H. Placebos and the philosophy of medicine. Chicago: Chicago University Press, 1980.

Brown J, Stewart M, McCracken E, McWhinney IR, Levenstein J. “The patient-centred clinical method.2. Definition and application”. *Fam Pract.* 1986; 3:75-79.

Brummel-Smith K. “Desarrollo y envejecimiento humanos” En Taylor B., *Medicina de Familia: Principios y práctica.* 4ª ed Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1997:6-15.

Buckman R. “La mejor comunicación con el paciente reduce las demandas”. *Diario Médico,* 21 enero de 2000.

Bucquet D, Curtis S. “Socio-demographic variation in perceived illness and the use of primary care: the value of community survey data for primary care service planning”. *Soc Sci Med.*1986; 23:737-744.

Buitrago F, Vergeles-Blanca JM. “La omnipresencia del medicamento” *Aten Primaria.*1997; 20:219-220.

Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. “Understanding the culture of prescribing: Qualitative study of general practitioners’ and patients’ perceptions of antibiotics for sore throats” *BMJ.* 1998; 17(7159):637-42.

Caballero Martín MA, Bermejo Fernández F, Nieto Gómez R, Caballero Martínez F.”Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud”. *Aten Primaria.* 2001; 27(5):313-17.

Callahan D. The goals of medicine. *Hastings Center Report.* 1966, 26 (6). Special Supplement. 1-27.

Callahan D. The WHO definition of “health” en *Hastings Center* 1:3 (1973): 77-87.

Campbell J. Los mitos. Su impacto en el mundo actual. 2ª ed. Barcelona: Kairós ; 1997 : 31-43

Camus A. El mito de Sísifo. Madrid: Alianza; 1981: 165.

Cantalejo Moreira M, Mir Montejano M, Capilla Pueyo R, Garcés Jiménez C. “Atención Primaria: ¿Es realmente la puerta de entrada al sistema sanitario?” Aten Primaria. 1998: 21:646-7.

Cape J, McCulloch Y. Patient´s reasons for not presenting emotional problems in general practice consultations´. Br J Gen Pract. 1999; 49(448): 875-9.

Carr A. “Compliance with medical advice” Editorials Br J Gen Pract. Sept 1990:358-360.

Cassel CH. Bice L, Neugarten. The goals of Medicine in Aging Society. En Too Old for Health Care? Controversias in Medicine, Law, Economics and Ethics, Edited Binstock RH and Post SG. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 1991:75-89.

Cassel EJ. The nature of Suffering and the goal of Medicine. N Engl J Med. 1982; 306:639.

Cassell EJ. Uses of the Subjective in Medical Practice in Conference on Changing Values in Medicine. New York: Cornell University Medical College; 1979:151-166.

Cassell EJ. The healer´s Art: Approach to The Doctor-Patient Relationship. Philadelphia: JB Lippincott, 1976.

Cassirer E. Antropología filosófica. Madrid: Fondo de Cultura Económica. 1997: 45-49 (2º Reprint Yale University Press, 1944).

Cebriá J, et al. “Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia”. Aten Primaria. 2001; 27(7):459-468.

Cochrane AL. Eficacia y eficiencia; reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios. Barcelona: Salvat, 1985.

Cohen H. “The evolution of the concept of Disease” En: Caplan A. ed “Concepts of Health and Disease”, Boston: Addison-Wesley Publishing Company; 1980: 229

Comelles JM. ”Sociedad. Salud y enfermedad: los procesos asistenciales”. Jano, 1985; 665-H: 71-83.

Comelles JM, Martínez Hernández A. “De la Antropología en la Medicina a la Antropología de la Medicina” En: Enfermedad, cultura y sociedad, 1ª ed. Barcelona: Eudema; 1993:52-65.

Conde F. “Informe sobre la Salud y la Mujer en la Comunidad de Madrid”. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Comunidad de Madrid; 1996.

Conde F, Marinas JM. “Las Representaciones Sociales sobre la Salud de los Mayores Madrileños” Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección de Prevención y Promoción de la Salud. Comunidad de Madrid; 1997.

Conde F. “Las Representaciones Sociales sobre la Salud de la población activa masculina de la Comunidad de Madrid” Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Comunidad de Madrid; 1995.

Conde F , Santamarina C. “Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños” Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Comunidad de Madrid; 1997.

Conde F. “Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y cuantitativa en la historia de la medicina”. Rev Esp Salud Pública, 2002; 76:395-408.

Cortina A. Ética mínima. Madrid: Tecnos, 1986: 94-95.

Cortina A. El quehacer ético. Madrid: Aula XXI Santillana, 1996 :42.

Craig TKJ, Drake H, Mills K, Boardman AP. “The South London Somatization study (II): influence of stressful life events, and secondary gain” Br J Psychiatry. 1994; 165:248-258.

Crónica de la OMS. vol. I, p.31

Crookshank FG. The theory of diagnosis. Lancet. 1926; 2:939

Crutcher JE, Bass MJ. “The difficult patient and the troubled physician” J Fam Pract. 1980; 11:933-8.

Chambers R, Campbell I. “Gender differences in general practitioners at work”. Br J Gen Pract. 1996; 46(406):291-293.

Charlesworth M. “Distribución de recursos en la asistencia sanitaria” En: La Bioética en una sociedad liberal. Gran Bretaña: Cambridge University Press, 1996:130-149.

Childress JF. “Rights and Responsibilities of Patients: A commentary in Pedro Laín Entralgo”. En: Papers delivered at the Conference on Changing Values in Medicine. New York: Cornell University Medical College; 1979: 145-151.

Dalai Lama. El arte de la felicidad. Barcelona: Círculo de Lectores, 1999: 143.

Daniels N. Am I my parents´ keeper? An essay on justice between the young and the old. New York :Oxford University Press,1988

Davidson C, et al. Lay epidemiology and the prevention parados: the implications of coronary candidacy for health education. Sociology of Health and Illness. 1991; 13; 1:1-19.

De la Revilla L, Fleitas L. “El apoyo social y la atención primaria de salud” Aten Primaria. 1991; 8: 664-666.

De las Cuevas Castresana. El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de burnout. Monografía. Lab Servier. 1994

De Lorenzo A. Los Derechos de los Enfermos. Tribuna Médica nº 981, 11 de marzo de 1983.

De Miguel JM. Introducción al campo de la Antropología Médica. En: Kenny M, De Miguel JM (comp) La Antropología Médica en España. Barcelona: Ed Anagrama; 1980: 27-35.

De Pablo R, Suberviola J. “Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria”. *Aten Primaria*. 1998; 22:580-584.

De Pablo R. Un grito de desesperación en primaria ¡Más tiempo por favor!. *Jano*. 2001; 60(1386):14.

De Saussure F. “Curso de Lingüística general” 1ª ed. Madrid: Alianza Editorial; 1994: 88-140.

“Declaración de Alma-Ata”, en *Actividades de la OMS. 1978-1979. Informe bienal del Director General*. Ginebra, 1980, p. VIII.

Del Llano J. “Las preferencias de los pacientes” *Diario Médico*, 4 de Mayo 1998.

Del Llano Señarís J, Hidalgo Vega A, Pérez Camarero S. *Sistema de Información Sanitaria en España (SISAN)* Barcelona, Edittec 1ª ed.; 2004: 121.

Delgado A, López-Fernández LA, Luna JD. “Ser médico o médica marca diferencias en la práctica asistencial” *Aten Primaria*. 2001; 28:219-226.

Deveugele M, et al. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ* 2002; 325(7362): 472.

Díaz Cruz R. “Archipiélagos de rituales. Teorías antropológicas del ritual” Barcelona: *Anthropos*, 1998: 119.

Dixon DM, Sweeney Kg, Gray DJ. “The physician healer: ancient magic or modern science?” *Br J Gen Pract*. 1999; 49(441):309-12.

Domínguez Velázquez J. “2002: Una odisea en la consulta”. *Heraldo de Aragón*, 11 de noviembre de 2002.

Dubos R. *The Mirage of Health*. NY: Harper & Row, 1959 : 2.

Duch LI. “Mito y Antropología”. En: Duch LI. Mito, interpretación y cultura. Barcelona: Herder; 1998: 141-165.

Duch LI. “El alcance de la logomítica”. En: Duch LI. Mito, interpretación y cultura. Barcelona: Herder; 1998: 501.

Dworkin RW. La revolución cultural de la asistencia sanitaria. *Ars Medica. Revista de Humanidades Médicas.* 2002; 1:11-23.

Dowrick CF, Bellon JA, Gomez MJ. “GP frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms”. *Br J Gen Pract.* 2000; 50(454):361-5.

Durkheim E. Las reglas del método sociológico. Madrid: Akal (1895) 1978.

Eco U. *Obra abierta.* Barcelona: Ariel, 1979

Eliade M. Mito y realidad. 2ª ed Barcelona: Kairós; 2003: 25.

Eliade M. Tratado de historia de las Religiones.3ª ed Madrid: Ed Cristiandad; 2000: 70.

Eliade M. Lo sagrado y lo profano. Barcelona: ed Paidós Ibérica; 1998: 97-148.

Eliade M. La Búsqueda. 2ª Barcelona: Kairós; 2000: 88-89.

Eliade M. El mito del eterno retorno. Madrid: Alianza Editorial/ Emecé ; 2000: 83-97

Ember CR, Ember M. Antropología cultural.8ª ed. Madrid: Prentice Hall; 1997: 345-7.

Engel GL. “The need for a new medical model: a challenge for biomedicine”. *Science.* 1977; 196(4286): 129-136.

Engel GL. “The biopsychosocial model and family medicine”. *J Fam Pract,* 1983; 16:409-413.

Engel GL. “From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain” *Psychosomatics.* 1997; 38(6):521-8.

Epele ME. “La relación médico-paciente en el cancer terminal: una aproximación a la muerte en la sociedad compleja”. *Rev Chilena de Antropología.* 1994.

Epstein RM. “The patient-physician relationship”. En: Mengel MB, Holleman WL, editores. Fundamentals of clinical practice: a textbook on the patient, doctor and society. New York : Plenum Medical, 1996; 105-132.

Escuela de Medicina. Apuntes sobre Historia de la Medicina. Undécima clase: Medicina de la Ilustración. Disponible en:

www.escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/HistoriaMedicina/HistMed_12.html

Esteva Fabregat C. Cultura y salud mental. En: Kenny M. La Antropología Médica en España. Barcelona: Anagrama, 1980:340.

Fabrega H. Medical anthropology, en *Bienal Review of Anthropology*. Stanford University Press: 1972; 167-168.

Fernández Cerdeño A. “Patología de la Relación Médico–Paciente” En: Garcia Viveros (compilador). *Medicina y Sociedad*. 2ª ed Mejico: Biblioteca de la Salud; 1994:95-105.

Flocke SA, Stange KC, Zyzanski SJ. ”The impact of insurance type and forced discontinuity on the delivery of primary care”. *J Fam Pract*. 1997; 45:129-35.

Fox, Renee C. *The Social and Cultural Significance of Health and Illness from The Sociology of Medicine: A participant Observer’s View*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1989:30.

Frank M. *El dios venidero*. Barcelona: ed del Serbal; 1994:91.

Frank V. *En el principio era el sentido*. Barcelona: Paidós; 2000: 44-45.

Frankl VE. *The doctor and the soul: From psychotherapy to logotherapy*. New York: Vintage Books; 1973.

Franks P, Fiscella K. “Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience”. *J Fam Pract*. 1998; 47:105-109.

Frazer J. “Magia y religión”. En: De Martino (ed.) Magia y civilización. Buenos Aires: Ateneo; 1965: 49-59.

Frederikson LG. “Exploring information-exchange in consultation: the patients’ view of performance and outcomes” Patient Educ Couns. 1995; 25(3):237-46.

Fried CH. “The Good of Personal Care”. En: Natalie Abrams and Michel D Buckner ed. Medical Ethics A Clinical Textbook and Reference for the Health Care professions. Bradford Books; 1981:116-180.

Fromm E. La patología de la normalidad. Barcelona.:Paidós; 1994 : 77-80.

Fromm E. Espíritu y sociedad. Barcelona: Paidós Studio; 1996: 73-79.

Fromm E. Del tener al ser. 2ª reimp Barcelona: Paidós Studio; 1996: 43-46.

Fromm E. ¿Tener o ser? 18 reimp Madrid: Fondo de Cultura Económica; 1995: 55-86.

Fromm E. La condición humana actual. Barcelona: Paidós Ibérica; 1991:95-100.

Fundación Canaria de Investigación y Salud. Medicina del Renacimiento. Apuntes de Historia de la Medicina. Disponible en www.pcmedico.com/h7.htm

Fuertes MC, Álvarez E, García de la Noceda MD. “Características del paciente hiperfrecuentador de las consultas de demanda de medicina general”. Aten Primaria 1994; 14:809-14.

Gabarrón E, et al. “Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. Aten Primaria”, 2002; 29:329-35.

Gabel LL, Lucas JB, Westbury RC. “Why do patients continue to see the same physician?” Fam Pract Res J 1993; 13(2):133-147.

Gadamer HG. El estado oculto de la salud. Barcelona: Gedisa ;1996: 109-137.

Gadamer HG. Mito y Razón . Barcelona: Paidós; 1997: 91-2

- Gadamer JH.** Técnica, medicina y ética. 1º ed. Barcelona: Paidós; 1997:102-103.
- Gafo J.** Dilemas éticos de la medicina actual. Madrid: Universidad Pontificia Comillas. 1986: 18-41.
- Gafo J.** “In memoriam KA McCormick”. *Jano*, 2000; 59(1353):532.
- Garagalza L.** Introducción a la hermeneútica contemporánea. 1ª ed Barcelona: Anthropos; 2002: 100-101.
- García Ballester L.** La búsqueda de la salud. Sanadores y enfermos en la España medieval. Barcelona: Península; 2001.
- García Calvente MM.** “ El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud” *Aten Primaria*, 2000; 25(3):181-186.
- García Campayo J.** ”Doctor, sólo necesito que me escuche” *Diario Médico*, 5 de mayo de 1998.
- García Campayo J. “Depresión y ansiedad: dos caras de la misma moneda” En: Curso de formación para atención primaria. Madrid. Semergen; 2002: 17.
- García Campayo J, Sanz Carrillo C.** “The use of alternatives medicines by somatoform disorder patients in Spain” *Br J Gen Pract*, 2000; 50(455):487-8.
- Girón M, et al.** Clinical interview skills and identification of emotional disorders in primary care. *Am J Psychiatry*, 1998; 155: 530-535.
- Girón M, Beviá B, Medina E, Simón Talero M.** Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Rev Esp Salud Pública*, 2002; 76: 561-575.

Gómez A, Varona W, Alonso MC, García L, Menéndez J. Salud percibida, utilización de servicios y consumo de medicamentos en población anciana no institucionalizada. Aten Primaria, 1993; 5:233-8.

Gómez Esteban R. “Reflexiones sobre la relación médico-paciente”. Rev Asoc Esp de Neuropsiquiatría, 1989; vol IX(29):181-189.

González-Carvajal L. Ideas y creencias del hombre actual. 4º ed. Santander: Ed Sal Terrae; 1996:168.

González de Pablo A. “Los modelos históricos del cuidado de la salud” El Médico, 26 de Marzo de 1999.

González Medel J, et al. “Nivel socioeconómico y demanda asistencial en Atención Primaria”. Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. 2005; 6(1): 61-71.

Good B. The Herat of what´s the Matter: The Semantics of illness in Iran. Culture, Medicine and Psychiatry, 1977; 1:25-58.

Gordon D. Embodying illness, embodying cancer. Culture, Medicine and Psichiarty, 1990; Vol 14: 276.

Gorroñoigoitia A, Ibáñez F, Olaskoaga A. “Autopercepción de salud en el anciano: relación con algunas variables socioeconómicas y de salud”. Aten Primaria, 1992; 10:771-776.

Gracia Guillén D. “Fundamentos de la Bioética” En Garcia Viveros (compilador) Medicina y Sociedad . 2ª ed. México: Biblioteca de la Salud México; 1994: 44-55.

Gracia Guillén D. La relación clínica. Rev. Clín Española, 1992; 191(2):61-63.

Gracia Guillén D. Fundamentos de Bioética.1ª ed Madrid: Eudema Universidad; 1989:99-104.

Gracia Guillén D. “Los cambios en la relación médico-enfermo”. *Med Clin (Barc)*, 1989; 93:100-102.

Gri E, Vázquez F, Barroso A, Cantero M. “Consumo de medicamentos y remedios naturales en la población anciana de un área rural”. *Aten Primaria*, 1999; 23:455-460.

Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F. “Patient’s priorities with respect to general practice care: an international comparison” *Fam Pract*, 1999; 16(1):4-11.

Grol R, Maeseneer J, Whitfield M, Mookink H. “Disease-centred versus patient-centred attitudes: comparison of general practitioners in Belgium, Britain and Netherlands” *Fam Pract*, 1990; 7(2):100-103.

Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. “General practitioners’ knowledge of their patients’ psychosocial problems: multipractice questionnaire survey” *BMJ*, 1997; 4(7086):1014-1018.

Gulbrandsen P, Fugelli P, Hjortdahl P. “Psychosocial problems presented by patients with somatic reasons for encounter: tip of the iceberg?” *Fam Pract*, 1998; 15(1): 1-8.

Hahn SR, et al. “The difficult doctor-patient relationship: Somatization, personality and psychopathology” *J Clin Epidemiol*, 1994; 47(6):647-57.

Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RL, Brody D, Williams JB. “The difficult patient: prevalence, psychopathology and functional impairment” *J Gen Intern Med*, 1996; 11(1): 1-8.

Hall JA, Horgan TG, Stein TS, Roter DL. “Liking in the physician-patient relationship”. *Patient Educ Couns*, 2002; 48(1):69-77.

Harrison’s. “The practice of Medicine”. En: *Principles of Internal Medicine*, 12^aed. New York: McGraw-Hill;1991:1-3.

Haynes BR, Sackett DL, Gibson ES et al. “Improvement of medication. Compliance in uncontrolled hipertensión”. *The Lancet*, 1976; 1: 1265-1268.

Headache Study Group of the University of Western Ontario. “Predictors of outcome in headache patients presenting to family physicians: A one year prospective study”. *Headache*, 1986; 26:825

Hernández Conesa J. *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería.* Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1994.

Hernández-Sacristán C. “Pragmática” En: Angel Lopez et al. *Lingüística general y aplicada.* 2ª ed Valencia: Universitat de Valencia; 1994: 245-274.

Higgins ES. “A review of unrecognized mental illness in primary care”. *Arch Fam Med*, 1994; 3: 908-917.

Himmel W, Lippert-Urbanke E, Kochen MM. “Are patients more satisfied when they receive a prescription? The effect of patient expectations in general practice” *Scand J Prim Health Care*, 1997; 15(3):118-122.

Hjortdahl P. “Continuity of care: general practitioners’ knowledge about, and sense of responsibility toward their patients” *Fam Pract*, 1992; 9:3-8.

Hjortdahl P. “The influence of general practitioners’ knowledge about their patients on the clinical decision-making process” *Scand J Prim Health Care*, 1992; 10(4):290-294.

Homedes N. “Do we know how to influence patients behaviour? Tips to improve patients adherence” *Fam Pract*, 1991; 8:412-423.

Hsu, Francis LK, ed. *The Presentation of Self in Everyday Life.* Garden City N.Y.: Anchor, 1959.

Hyatt JD. “Perceptions of the family physician by patients and family physicians” J Fam Pract, 1980; 10(2):295-300.

Ibáñez J. El regreso del sujeto. La investigación social de segundo orden. Madrid: Siglo XXI; 1994:111-112.

Ibáñez T. “Aspectos metodológicos de la psicología social aplicada”. En: Alvaro JL, Garrido A, Torregrosa JR, coords. Psicología social aplicada. Madrid: McGraw-Hill, 1996.

Ibáñez J. “Como se realiza una investigación mediante grupos de discusión” En :García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F (comps). El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación social. 2ª ed. Madrid: Alianza; 1989 : 489-501.

Ibáñez J. “Mas allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica” 2ª ed. Madrid: Siglo XXI ; 1981:321.

Ibrandsen P, Fugelli P, Hjortdahl P. “Psychosocial problems presented by patients with somatic reasons for encounter: tip of the iceberg?” Fam Pract, 1998; 15(1):1-8.

Illich I. Medical nemesis: the expropriation of health. New York: Pantheon Books. 1976.

Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud durante 2003; 2004 28(5):121-123.

Inglefinger FJ. “Arrogance”. N Engl J Med, 1980; 303: 1507-11.

Insalud: Indicadores de la prestación farmacéutica en el Instituto Nacional de la Salud. 2001;Vol III (1-2): 153-158.

Inui TS. “Establishing the doctor-patient relationship: Science, art or competence?” Schweiz Med Wochenschr, 1998; 128(7):225-30.

Israel L. “Un coloquio singular” En: El médico frente al enfermo. Barcelona: Ed. Libros de la Frontera; 1976: 237-254.

Jackson JL, Kroenke K. ” Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: Clinical predictors and outcome”. Arch Intern Med, 1999; 159(10):1069-75.

Jacobson LD, Edwards AG, Granier SK, Butler CC. “Evidence-based medicine and general practice” Br J Gen Pract, 1997; 47(420):449-452.

Jemmott JB, Locke SE. “Psychosocial factors, immunologic mediation and human susceptibility to infectious diseases: How much do we know?”. Psychological Bulletin, 1984; 95:78.

Jennings B, Callahan D, Caplan A. “Ethical Challenges of Chronic Illness”. Hastings Center Report, 1988; 18 (1):5.

Jensen AE. “Mito y culto entre los pueblos primitivos”. México: Fondo de Cultura Económica de México; 1966: 32-53.

Johansson EE, Hamberg K, Lindgren G, Westman G. “I’ve been crying my way— qualitative analysis of a group of female patients’ consultation experiences” Fam Pract, 1996; 13(6):498-503.

Jonas H. “Técnica, Medicina y Medicina y Ética”. 1ª ed. Barcelona: Paidós Ibérica; 1997:57-58.

Jyvasjarvi S, Keinanen-kiukaanniemi S, Vaisanen E, Larivaara P, Kivela SL. “Frequent attenders in a Finnish health centre: morbidity and reasons for encounter”. Scand J Prim Health Care, 1998; 16:141-148.

Karlsson H, Joukama M, Lehtinen V. “Differences between patients with identified and not identified psychiatric disorders in primary care”. Acta Psychiatr Scand, 2000; 102(5):354-8.

- Kearley KE, Freeman GK, Heath A.** “A exploration of the value of the personal doctor patient relationship in general practice”. Br J Gen Pract, 2001 :51(470):712-8.
- Kenny M, et al.** La Antropología Médica en España. Barcelona: Anagrama; 1980:35-59.
- Kerns RD, Haythornthwait J, Southh-Wick S.** “The role of marital interaction in chronic pain and depressive symptoms severity”. J Psychosom Res, 1990; 34:401-408.
- Kirmayer LJ, Robbin JM.** “Patients who somatize in primary care: a longitudinal study of cognitive and social characteristics”. Psychol Med, 1996 ; 26(5):937-51.
- Kisely SR, Goldberg DP.** “Physical and psychiatric comorbidity in general practice” Br J Psychiatry, 1996 ;169 (2):236-42.
- Kleinman A.** Patients and Healer in the context of Culture. UCP Berkeley; 1980:179-202.
- Kleinman A, Eisenberg L, Good B.** “Culture, illness and care: clinical lesson from anthropologic and cross-cultural research”. Ann Intern Med, 1978; 88:251-8.
- Kleinman JC, Glod M, Makue D.** “Use of ambulatory medical care by the poor: another look at equity”. Med Care, 1981; 19:11011-29.
- Kolakowski L.** La presencia del mito. Madrid: Ed Cátedra; 1999: 90-91.
- Kottak C.P.** “Antropología Cultural. Espejo para la humanidad” Madrid: McGraw-Hill/ Interamericana de España; 1997: 201-213.
- Kroenke K, Mangelsdorff AD. “Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy and outcome”. Am J Med, 1989; 86(3): 262-6.
- Krogh Ch.** “Influencias socioculturales en la salud y en la atención sanitaria”. En: Taylor, R. Ed. Medicina de Familia: Principios y Práctica. Barcelona: Springer; 1995:16-21.
- Krueger RA.** “El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada”. Madrid: Pirámide; 1991.

Kuschick I. Medicina popular en España. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores; 1995: 138-145.

Kushner T. “Doctor-patient relationship in general practice- a different model”. J Med Ethics, 1987; 7:128-131.

Laerum E, Steine S, Finset A, Lundevall S. “Complex health problems in general practice: do we need an instrument for consultation improvement and patient involvement? Theoretical foundation, development and user evaluation of the Patient Perspective Survey (PPS)” Fam Pract, 1998; 15(2):172-181.

Laín Entralgo P. “Paleopatología y medicina primitiva”. En: Historia de la Medicina. Barcelona: Salvat Editores; 1990: 9-11.

Laín Entralgo P. “El saber médico en la antigüedad clásica”. En: Historia de la Medicina. Barcelona. Salvat Editores; 1990: 80-85.

Laín Entralgo P. “Mecanicismo, vitalismo y empirismo (siglos XV-XVIII)”. En: Historia de la Medicina. Barcelona: Salvat Editores; 1990:195-312.

Laín Entralgo P. La medicina hipocrática. Madrid: Alianza Universidad; 1987: 56-106 (1ª ed. En Revista de Occidente, 1970).

Laín Entralgo P. Dignidad y misión del Médico de Familia. 1ª ed Madrid: Doyma; 1997: 7-14.

Laín Entralgo P. “La comunicación entre el médico y el enfermo”. En: Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo: Historia y teoría. 2ª ed. Madrid: Alianza Universidad; 1983 (1ª ed. en Revista de Occidente, 1964):294-312.

Laín Entralgo P. “El momento afectivo de la relación médica”. En: Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo: Historia y teoría. 2ª ed. Madrid: Alianza Universidad; 1983:350-369.

Lain Entralgo P. La Historia Clínica. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 1950: 627.

Lain Entralgo P. Historia de la Medicina Moderna y Contemporánea. 2ª ed Barcelona: Científico Médica; 1963.

Lain Entralgo P. Antropología Médica. Barcelona: Salvat; 1984: 188.

Lain Entralgo P. “Ciencia y experiencia del propio cuerpo”. En: El Cuerpo humano: Teoría actual. 2ª ed Madrid: Espasa Calpe; 1989: 172-175.

Lain Entralgo P. “El cuerpo humano como autor de conducta”. En: El Cuerpo humano: Teoría actual. 2ª ed. Madrid: Espasa Calpe; 1989: 252-259.

Lain Entralgo P. El diagnóstico médico. Historia y teoría. Barcelona: Salvat Editores; 1982: 155-208.

Lain Entralgo P. “El Estado de Enfermedad”. 1ª ed. Madrid: Moneda y Crédito; 1968: 171-173.

Lain Entralgo P. Ser y conducta del hombre. Madrid: Espasa Calpe; 1996: 132.

Lain Entralgo P. “Técnica, Ética y Amistad Médica”. En: García Viveros M (comp) Medicina y Sociedad. 2ª ed. México: Fondo de Cultura Económica; 1994: 35-36.

Laplantine F. Anthropologie de la maladie. Paris: Payot; 1986.

Larivaara P, Kiuttu J, Taanila A. “The patient-centred interview: the key to biopsychosocial diagnosis and treatment”. Scand J Prim Health Care, 2001; 19(1): 8-13.

Laura RS, Heaney S. Philosophical Foundations of Health Education. New York & London: Routledge; 1990.

Le Breton D. “Antropología del dolor”. Barcelona: Ed Seix Barral; 1999: 83-119.

Leplège A, Hunt S. “El problema de la calidad de vida en medicina” JAMA (ed. Esp.), 1998; 7(1):19-23.

Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. “A model for the doctor-patient interaction in Family Medicine”. Fam Pract, 1986; 3:24-30.

Levi-Strauss. Anthropologie structural. Paris, Plon ;1958 (trad. Cast : Antropología estructural, Barcelona: Paidós; 1987:218).

Lewinsohn R. “Medical theories, science and the practice of medicine”. Soc Sci Med, 1998; 46(10):1261-70.

Little P, Somerville J, Williamson I, Warner G, Moore M, et al. “Psychosocial lifestyle, and health status variables in predicting high attendance among adults”. Br J Gen Pract, 2001; 51(473):987-94.

Loayssa J.R, García M, Garminde I, Vilches C. “Percepción de la relación Médico-Paciente por los médicos de familia”. Aten Primaria, 1995; 15(6):390-392.

Loayssa JR, González García FM. “Estructura cognitiva de los médicos de familia en formación sobre la relación médico-paciente” Aten Primaria, 2001; 28:158-166.

Lobo A, Campos R, García Campayo J, et al. “Los trastornos de ansiedad en Atención Primaria” Madrid: Emisa; 1997.

Lomeña Villalobos JA, et al. “Burnout y satisfacción laboral en atención primaria”. Med Familia, 2004; 5:147-155.

Louria D. “The future of health care and the medical profession in the United States” N J Med, 1995; 92(10):667-9.

López de Maturana A. “De la omnipotencia a la frustración. ¿Podemos realmente disfrutar de nuestro trabajo?” Humana, 1996; 1:34-39.

López Fernández LA. “Diferencias en el ejercicio profesional entre médicos y médicas en atención primaria” *Aten Primaria*, 2000; 26: 187-192.

López Piñero JM. (ed) *Las Ciencias en la España del siglo XIX*. Madrid: Marcial Pons;1992: 401.

Luban-Plozza B. “Empowement techniques: from doctor-centered (Balint approach) to patient-centred discussion groups”. *Patient Educ. Couns*, 1995; 26 (1-3): 257-63.

Luján N. “El enfermo Edvard Munch”. *JANO*, 1993; 45(1044): 79-82.

Lukes E. *El individualismo*. Barcelona: Península ; 1975 :18.

Mabeck CE, Olesen F. “Metaphorically transmitted diseases. How do patients embody medical explanations?” *Fam Pract*, 1997; 14(4):271-278.

Malinowsky, B. *Magia, ciencia, religión*. Barcelona: Ariel; 1982: 22. (1ª ed inglesa en 1948).

Mancera Romero J, Muñoz Cobos F, Paniagua Gómez F, Fernández Lozano C.

“Problemas de salud y factores determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiperutilizadores de un centro de salud” *Aten Primaria*, 2001; 27(9):658-662.

Margo KL, Margo JM. “The problem of somatization in family practice” *Am Fam Physician*, 1994; 49 (8): 1873-9.

Marina JA. “Reconstruir la autonomía del paciente, reto del facultativo” *Diario Médico*, 17 de Marzo de 1998.

Marina JA. “¿Qué son y qué se sabe de los sentimientos?”. En: Nieto Blanco C. ed. *Saber, Sentir, Pensar*. 1º ed Madrid: Ed Debate; 1997:151-152.

Martín E, Russell D, Goodwin S, Chapman R, North M, Sheridan P. “Why patients consult and what happens when they do” *BMJ*, 1991; 3(6797):289-292.

Martín Lesende I. “Estrategias en el abordaje al anciano en atención primaria”. JANO, 2001; 61(1412): 35.

Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica. 3ª ed. Barcelona: Ed. Mosby/ Doyma; 1994:3-12.

Martín Zurro A, Ledesma Castelltort A, Sans Miret A. “El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas” Aten Primaria, 2000; 25(1):48-60.

Maslow A. La personalidad creadora. Barcelona: Kairós; 1983 : 353-405.

Mateo Fernández R, et al. “Consumo de psicofármacos en atención primaria” Aten Primaria, 1997; 19(1):47-50.

Matthews D, Hingston R. ”Improving Patients Compliance. A guide por physicians” Med Clin North Am, 1977; 61: 879-889.

Mauss M. Sociología y antropología. Madrid: Edit Tecnos; 1971:55. Traducido de Sociologie et anthropologie por Teresa Rubio de Martín Retortillo.

Max Weber. Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva (trad. Esp) 2ª ed, 4ª reimp. México, FCE; 1979:706.

Max Weber. Ensayos sobre sociología de la religión. T1 Madrid: Taurus; 1984:19.

McIntyre A. Tras la virtud. Barcelona: Crítica; 1987.

McIntyre A. “Patients as agents”. En: De Reidel D, editor. Philosophical medical Ethics, its nature and significance. Boston: Dordrecht; 1977.

McKeown T. “El papel de la medicina, ¿sueño, espejismo o némesis?” Madrid, 1982. (1ª ed inglesa en Princet Univ Press, 1979)

McNiece R, Majeed A. “Socioeconomic differences in general practice consultation rates in patients aged 65 and over: prospective cohort study”. *BMJ*, 1999; 319(7201): 26-28.

McWhinney IR. “Orígenes de la medicina de familia”. En: *Medicina de Familia*. 1ªed. Barcelona: Doyma ;1995: 3-11.

McWhinney IR. “Fundamentos filosóficos y científicos de la medicina de familia”. En: *Medicina de Familia*. 1º ed. Barcelona: Doyma; 1995: 47-52.

McWhinney I. “The importance of being different” *Br J Gen Pract*, 1996; 46: 433-436.

Medalie JH, Goldbourt U. “Angor pectoris among 10000 men: Psychosocial and other risk factors as evidenced by a multivariate analysis of a 5 year medicine study”. *Am J Med*, 1976; 60: 910.

Mèlich JC. “El mito” En: *Antropología simbólica y acción educativa*. 1ª ed. Barcelona: Ed. Paidós; 1996:71-78.

Mèlich JC. “Los valores ocultos y la razón perversa”. En: *Antropología simbólica y acción educativa*. 1ª ed. Barcelona: Ed. Paidós; 1996: 107-122.

Menéndez E. “Poder, Estratificación y Salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán”. México: Ed de la Casa Chata; 1981:494-504.

Menéndez E. “La autoatención como nivel primero de atención”. *Arxiu Etnografic de Catalunya*, 1991.

Menéndez E. “Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del “teoricismo” al movimiento continuo”. *Cuadernos Médico-Sociales (Rosario RA)* 1992; 59:3-18.

Mercado Martínez FJ, et al. “La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico”. *Cad Saúde Pública*, 1999; 15(1).

Merton RK, et al. The Focused Interview. Glencoe. Illinois: The Free Press; 1957.

Millis JS. (chairman) 1966 Medical education of physicians: Report of the citizens Committee on Graduate Medical Education. American Medical Association.

Moerman DE. “General medical effectiveness and human biology: Placebo effects in the treatment of ulcer disease” Medical Anthropology Quarterly, 1983; 14:3.

Molina Siguero A, García Pérez MA, Alonso González M, Cermeño P. “Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid” Aten Primaria, 2003 ;31(9):564-74.

Montiel L. “La salud en el Estado de Bienestar” Madrid: Editorial Complutense; 1993: 37-52.

Montiel L. “Estilos de vida saludables: una consigna ambigua en una sociedad confusa”. Fomeco, 2002; 10 (3):167-171.

Murdock GP , Wilson S, Frederick V. “World distribution of theories of illness” Ethnology, 1978; 17: 449-70.

Navarro V, Benach J. “Desigualdades sociales en salud en España” Rev Esp Salud Pública, 1996; 70:505-636.

Neugarten B. Los significados de la edad. Barcelona:Herder; 1999.

Niel RD, Wickenden G, Cottrell D, Mason J, et al. “The use of primary, secondary, community and social care by families who frequently consult their general practitioner” Health & Social Care in the community, 2001; 9(6):375-82.

Ogando Díaz B, Giménez Vázquez A, De Andrés Nuñez ME, García Olmos LM.

“¿Cuánto tiempo le dedica a sus pacientes? Estudio del contenido de las consultas médicas según su duración” Aten Primaria, 1995; 15(5):290-296.

Olazábal Ulacia JC, García Paniagua P, Sendín Melguizo P, Montero Luengo J.

“Jugando a salvar en la consulta”. *Aten Primaria*, 1994; 13(1):42-47.

Ong LM, De Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. “Doctor-Patient communication: A review of the literature” *Soc SciMed*, 1995; 40 (7):903-18.

Ortega y Gasset J. Ideas y creencias. 2ª reimp Madrid: Revista de Occidente en Alianza Editorial; 1995: 46-47.

Ortega y Gasset J. El tema de nuestro tiempo. 21ª ed Madrid: Colección Austral Espasa Calpe; 1995:14.

Ortega Tallón MA, Roca Figueres G, Iglesias Rodríguez, Jurado Serrano JM. “Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios” *Aten Primaria*, 2004; 33(2): 78-85.

Ortí A. “La apertura y el enfoque cualitativo y estructural: la entrevista abierta semidirecta y la discusión de grupo”. En: García Ferrando M. (Comp). *El análisis de la realidad social*. 2ªed Madrid: Alianza Editorial; 1986: 153-193.

Ortí A. “Modelos de análisis de la conducta social”. En: Duro JC coord. *Curso de Investigación Cualitativa en Salud*. CUSP. Universidad Autónoma. Madrid, 1994.

Ortiz F, Quiles J, Menéndez D, Peris F. “Análisis de la evolución de la presión asistencial en medicina general (1989-1993)” *Aten Primaria*, 1996; 18:9-16.

Ortún V. “Criterios para la distribución de recursos sanitarios en España”. *Gaceta Sanitaria*, 1987; 1-2: 69-77.

Palacio Lapuente R, et al. “Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo”. *Aten Primaria*, 2003; 31(5): 307-14.

Panikkar R. El tecnocentrismo. Barcelona: Abadía de Montserrat nº 139, 1987:84.

- Panikkar R.** La nova innocència (I). Barcelona: La Llar del Llibre; 1991:111-127.
- Parchman ML, Pugh JA, Noel PH, Larme AC.** “Continuity of care, self-management behaviors and glucose control in patients with type 2 diabetes”. Med Care, 2002; 40: 137-44.
- Parsons T.** “Illness and the Role Physician” In: Kluckhohn C, Murray HA eds. Personality in Nature, Society and Culture. NY: Alfred A Knopf; 1948.
- Pellegrino ED.** “El médico como gestor de recursos: la asistencia sanitaria desde la ética y la economía.” En:AA.VV. Limitación de prestaciones sanitarias. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud; 1997: 22-42.
- Pellegrino ED.** “Being ill and being healed. Some reflections on the grounding of medical morality”. En: Kestembaum V, editor. The humanity of the ill. Fenomenological perspectives. Knoxville: The University of Tennessee Press; 1982.
- Pellegrino ED y Thomasma DC.** Philosophical Basis of Medical Practice Toward a Philosophy and Ethics of the Healing Professions. New York: Oxford University Press; 1981:270.
- Perdiguer Gil E.** El conocimiento científico del cuerpo humano. Pensamiento morfológico: la anatomía descriptiva (siglos XVI- XVIII). (citado 20 de abril de 2003). Disponible en www.dsp.umh.esa/conecta/ha/anatomia.pdf.
- Perry R, Dowrick CF.** “Complementary medicine in general practice: an urban perspective”. Complement Ther Med, 2000; 8(2):71-5.
- Pérula de Torres, Martínez de la Iglesia J, Ruiz Moral R, Fonseca del Pozo.** “Variables relacionadas con el estado de salud autopercebido: estudio poblacional” Aten Primaria, 1995; 16(6) : 323-329.

Peveler R, Kilkenny L, Kinmonth AL. “Medically unexplained physical symptoms primary care: A comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion” *J Psychosom Res*, 1997; 42(3):245-52.

Pincus, et al. “Tendencias en la prescripción de psicotropos” *JAMA*, 1998; 279:526-531.

Porter R. “La medicina en la sociedad moderna”. En: *Breve historia de la medicina: Las personas, la enfermedad y la asistencia sanitaria*. Madrid: Taurus; 2003: 233-257.

Prat Pujadas JJ, Comelles JM. “Sobre el contexto social de enfermar” En: Kenny M y De Miguel J (comps). *La Antropología médica en España*. Barcelona: Editorial Anagrama;1980: 43-68.

Prieto M. “La Atención Primaria 25 años después”. *El Médico*, 5 de diciembre de 2003:65.

Quintana A., Hernanz Díez I. ¡Doctor, vengo de urgencias! *Aten Primaria*, 1998; 22:655-60.

Ramos S. *Hacia un nuevo humanismo. Programa de antropología filosófica*. 3ª ed México: Fondo de Cultura Económica; 1997:44.

Rashid A, Forman W, Jagger C, Mann R. “Consultations in general practice: a comparison of patients’ and doctors’ satisfaction” *BMJ*, 1989; 299(6706): 1015-1017.

Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre **Estructuras Básicas de Salud**. BOE nº 27 de 1/02/1984.

Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, de **Regulación de la Medicina Familiar y Comunitaria** como especialidad de la profesión médica. BOE nº 29 de 02/02/1979.

Regidor E, Mateo S, Gutiérrez-Fisac JL, Fernández de la Hoz K, Rodríguez C. “Diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España”. *Med Clin (Barc)*, 1996; 107:285-288.

Riesman D. “Abundancia ¿para qué?” México: Fondo de Cultura Económica; 1965.

Rodríguez Alcántara F, et al. “La Atención Primaria como determinante de la utilización del servicio de urgencias hospitalario”. *Aten Primaria*, 1994; 14:825-8.

Rosen GA. A history of public health. The Johns Hopkins Univ. Press 1993 (1ª ed en 1958).

Rubio ML, Adalid C, Cordón F. “Hiperfrecuentación en Atención Primaria: estudio de los factores psicosociales”. *Aten Primaria*, 1998; 22: 627-30.

Rudebeck CE. “Algunos aspectos evidentes del cuerpo en la experiencia e interacción clínica” *Dimens Hum*, 1999; 3(1): 24-29.

Rudebeck C. “General Practice and the dialogue of clinical practice”. *Primary Health Care*;1992.

Ruiz Moral R, et al. “El método clínico de la Medicina de familia” En: Gallo Vallejo, *Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria*. Madrid: Beecham; 1993:82-99.

Ruiz de Villalobos. “Control dolor 2000. Estudio longitudinal Delphi” *Noticias Médicas*, 2000; 3770: 2425.

Sábato E. “El escritor y sus fantasmas” Barcelona :Biblioteca de bolsillo; 1997: 146-147.

Sampedro JL. “Fronteras”. Madrid: Aguilar, Colección Crisol; 1995:101-321.

Sánchez Miret C. “La clase social: Concepto y medición”. *Dimens Hum*, 1997; 1(4):31-36.

Santo Tomás Pérez M. La asistencia a los enfermos en Castilla en la Baja Edad Media. (Tesis Doctoral). Valladolid: Universidad de Valladolid, 2002.

Santos Suárez J, et al. “Medicina de familia: ¿la cenicienta del pregrado?. Estudio de la opinión de los estudiantes de medicina sobre la especialidad de medicina de familia y comunitaria”. *Aten Primaria*, 2001; 27(5):324-30.

Sartorius N, Ustun TB, Lecrubier Y, Wittchen HU. “Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on Psychological disorders in primary care”. *B J Psychiatry*, 1996; 30: 38-43.

Savage R, Armstrong D. “Effect of a general practitioner’s consulting style on patients’ satisfaction: a controlled study” *BMJ*, 1990; 301: 968-970.

Schipperges H. “Aspectos médico-humanísticos”. En Gadamer HG, Vogler P. *Nueva Antropología T II*. Barcelona: Ed Omega; 1976: 167-173.

Schwartz H, Jacobs J. *Sociología cualitativa. Método para la reconstrucción de la realidad*. México: Trillas; 1984.

SemFYC. Perfil profesional básico del médico de familia. Documento Semfyc nº 4, 1995.

SemFYC. “Médicos de familia catalanes reconocen su falta de sensibilidad con el paciente” *Diario Medico*, 17 de junio 1998.

SemFYC. “La mitad de las consultas tiene su origen en un problema psicosocial” *Diario Médico*, 17 de junio 1998.

SemFyC. Programa del adulto: Salud Mental. Barcelona: Ed Doyma; 1999: 47.

SemFYC. Grupo de Atención a la mujer. “Médicos y médicas: ¿es diferente su práctica profesional?” *Aten Primaria*, 1999; 23(1):1-2.

Segovia A, Pérez C, Torío J. “Malestar psíquico y características sociodemográficas y familiares del hiperfrecuentador en atención primaria”. *Aten Primaria*, 1998; 562-9.

Siegel BS. *Amor medicina milagrosa*. Madrid: Espasa Calpe; 1995.

Siegler M. “The Physicians-Patient accommodation: a central event in clinical medicine” *Arch Intern Med*, 1982; 142:1899-1902.

Siegler M. “La relación médico-paciente en la era de la medicina de gestión” En: AA.VV. Limitación de prestaciones sanitarias. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud, 1997; 44-64.

Skorpen JB, Malterud K. “What did the doctor say—what did the patient hear? Operational knowledge in clinical communication” *Fam Pract*, 1997; 14(5):382-386.

Smith CK, Polis E, Hadac RR. “Characteristics of the initial medical interview associated with patient satisfaction and understanding”. *J Fam Pract*, 1981; 12:283-8.

Sournia JC. *Histoire du diagnostic en Médecine*. Paris: Edit de Santé; 1995.

Sperber D. “El simbolismo en general”. 2ª ed. Barcelona: Anthropos; 1988: 168.

Stein M. *Power, Shamanism and Maieutics in the Countertransference*, IL Chiron; 1984.

Stevenson FA, Gerret D, Rivers P, Wallace G. “GPs’ recognition of, and response to, influences on patient’s medicine taking: the implications for communication” *Fam Pract*, 2000; 17(2):119-123.

Stewart MA. “What is successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes”. *Soc Sci Med* 1984; 19(2): 167-75.

Stirling AM, Wilson P, McConnachie A. “Deprivation, psychological distress, and consultation length in general practice” *Br J Gen Pract*, 2001; 51(467):456-60.

Stott N. *Primary health care: bridging the gap between theory and practice*. Berlin: Springer; 1983.

Sturmberg JP. “General practice-specific care categories: a method to examine the impact of morbidity on general practice workload”. *Fam Pract*, 2002 ; 19(1):85-92.

Suchman AL, Matthews DA. “What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the conexional dimension of medical care” *Ann Intern Med*, 1988; 108(1):125-130.

Sutherland VJ, Cooper CL. “Identifying distress among general practitioners: predictors of psychological ill-health and job dissatisfaction”. *Soc Sci Med*, 1993; 37: 575-81.

Sweeney KG, Gray DP. “Patients who do not receive continuity of care from their general practitioner –are they a vulnerable group?” *Br J Gen Pract*, 1995; 45(392):133-135.

Taylor RB. *Medicina de Familia. Principios y Práctica.* 4ª ed Barcelona: Springer Verlag Ibérica; 1995: 23-24.

Thom DH, Campbell B. “Patient-physician trust: an exploratory study”. *J Fam Pract*, 1977; 44:169-176.

Thomas K, Coleman P, Nicholl JP. “Trends in access to complementary or alternative medicines via primary care in England: 1995-2001. Results from a follow-up national survey”. *Fam Pract* 2003; 20(5): 575-7.

Tizón J. *Componentes psicológicos de la práctica médica: una perspectiva.* Barcelona: Doyma; 1988.

Tizón JL, et al. “Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria”. *Aten Primaria*, 1997; 20:122-5.

Tizón JL. “¿Profesionales “quemados”, “desengañados” o profesionales con trastornos psicológicos?” *Aten Primaria*, 2004; 33(6): 326-30.

Toombs SK. “The meaning of illness. A phenomenological approach to the patient-physician relationship”. *J Medicine & Philosophy*, 1987; 12:219.

Toombs, KS. The Healing Relationship in The Meaning of Illness: A Phenomenological Account of the different Perspectives of Physician and Patients. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1992: 89-148.

Toon P. “What is good general practice?” Londres: RCGP; 1994.

Torío Durántez J, García Tirado MC. “Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencias de los usuarios” Aten Primaria, 1997; 19 (1): 18-26.

Turabian JL, De Juanes JR. “Automedicación y cumplimiento farmacológico en una consulta de atención primaria” Gac Sanit, 1989; 14(3) :510-513.

Tusquets JLM. “El descubrimiento científico de la salud” Barcelona: Anthropos ed; 1999.

Twemlow SW, Bradshaw SL Jr, Coyne L, Lerma BH. “Patterns of utilization of medical care and perceptions of the relationship between doctor and patient with chronic illness including chronic fatigue syndrome” Psychol Rep, 1997; 80(2):643-658.

Universidad de Jaén. Epoca medieval. Disponible en:
www.ujaen.es/investiga/cts380/historia/epoca_medieval.htm

Ustün TB, Sartorius N. Mental illness in general health care. An international study. Chichester: John Wiley& Sons; 1995.

Van den Brink-Muinen A, de Bakker DH, Bensing JM. “Consultations for women’s health problems: factors influencing women’s choice of sex of general practitioner” Br J Gen Pract, 1994; 44(382):205-210.

Vázquez Barquero JL, Herrán A, De Santiago A. “Epidemiología de los trastornos del humor”. En: Cervera S, Leal C, Baca E, Vallejo J, Cuenca E, editors. Trastornos del humor. Madrid: Panamericana, 1999.

- Vedia Urgell C, et al.** “Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria”. *Aten Primaria*, 2005 36(5): 239-47.
- Vela del Campo.** “René Guénon y la doctrina metafísica”. En: Parra J.D. *La simbología, grandes figuras de la ciencia de los Símbolos*. Montesinos; 2001: 155-165.
- Vicens J.** *El valor de la salud. Una reflexión sociológica sobre la calidad de vida*. 1ª ed. Madrid: Siglo XXI de España editores ; 1995: 115-161.
- Vicuña B, Gómez Tabera C, Miras T, et al.** “Characteristics of self-medication in elderly population” 1997 World Congress of Gerontology. Adelaide. Australia.
- Vilar y Planas de Farnés.** “Antropología del dolor. Sombras que son luz”. Navarra: Universidad de Navarra; 1998: 69.
- Villalba D, Zabala J.** “Aportaciones psicobiológicas de la técnica de meditación Zen a la salud global”. *Fomeco*, 2000; 8(2): 100-111.
- Vinet A, Vezina M.** “La consommation des médicaments: un indicateur de morbidité relative”. *Can J Public Health*, 1988; 79:377.
- Vitebsky P.** “El chaman. Rituales, visiones y curaciones desde el Amazonas hasta Siberia” Madrid: ed Debate; 1996.
- Vuori HV.** *El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología*. Barcelona:Masson; 1988.
- Waitzkin H.** “On studying the discourse of medical encounters. A critique of quantitative and qualitative methods and a proposal for reasonable compromise”. *Med Care*, 1990; 28:488.
- Wamba Magallanes F.** *La existencia humana: Perspectivas psicopatológicas*. Sevilla: la Universidad de Sevilla; 1998.
- Webb S, Lloyd M.** “Prescribing and referral in general practice: a study of patients’ expectations and doctor’ action”. *Br J Gen Pract*, 1994; 44(381) 165-9.

Weich S, Lewis G, Donmall R, Mann A. “Somatic presentation of psychiatric morbidity in general practice”. Br J Gen Pract, 1995; 45(392):143-7.

Wileman L, May C, Chew-Graham CA. “Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study”. Fam Pract, 2002; 19(2): 178-82.

Wilson DG. “Heartsink patients” BMJ, 1988; 297: 857.

Wilson A. “Consultation length in general practice: a review”. Br J Gen Pract, 1991; 41: 119-122.

Willard RD. (chairman) Meeting the challenges of family practice: Report of the Ad Hoc Committee on Education for Family Practice of the Council on Medical Education. American Medical Association; 1966.

Wonca (Organización Mundial de Médicos de Familia) “El papel del Médico General/ Médico de Familia en los Sistemas Sanitarios”. 1991.

Wynn R. “The number of words spoken by male doctors and female patients in a sample of British general practitioner-patient consultations”. Scand J Prim Health Care, 1997; 15(4):184-187.

Young A. “The anthropologies of illness and sickness” Ann Rev Anthropol, 1982; 11:257-85.

Zubiri X. Sobre el hombre. Madrid: Alianza Editorial ; 1986: 397.

Zubiri X. Inteligencia sentiente. Madrid: Alianza Editorial; 1980.