EL CENTRO DE SALUD: UNA NUEVA MIRADA MEDICA²

José M^a Uribe Oyarbide

Universidad de Salamanca

² Este artículo está basado en la investigación en curso sobre el Equipo de Atención Primaria de Medicina General de un Centro de Salud del País Vasco.

Los Centros de Salud actualmente en funcionamiento en el Estado Español suponen el primer paso en una reforma de la estructura sanitaria pública, y aún más allá, el inicio de un nuevo enfoque desde el cual entender el significado del término salud. De una definición de salud entendida prioritariamente como bio-orgánica, como estado anatómico-fisiológico dado, a una salud entendida bio-psico-socialmente, como proceso en el que se encuentra y desenvuelve el sujeto; frente a un modelo estático se presenta un modelo dinámico y, fundamentalmente, frente a una visión de la salud como estado abordable y diferenciable de otras facetas de la vida del individuo, se opone una visión de la salud como resultante de las actitudes y actividades que desarrolla el sujeto en todas las esferas de su vida: su biografía, la historia en la que ésta se engarza, y la interrelación entre sujeto y medio socio-cultural que le rodea. Si la nueva óptica desde la que contemplar la salud se postulaba programáticamente ya en 1946 en el Documento de Constitución de la O.M.S., su cristalización definitiva se produce hace una década en la Conferencia de Alma-Ata. Esta redefinición teórica, ideológica y programática exige una remodelación de las "herramientas prácticas" con las que los Servicios de Salud abordan las demandas, situaciones y problemas relativos a la salud. Los Centros de Salud se constituyen a partir de 1984³, como instancias encargadas de provocar la asunción de esa "filosofía" por parte de la población, así como de estructurar una práctica médica coherente con tales principios.

El Centro de Salud, entendido como nuevo elemento del organigrama sanitario público, realiza su labor a través del Equipo de Atención Primaria; este equipo, compuesto por trabajadores sanitarios y no sanitarios -médicos, personal de enfermería, administrativos, celador y trabajador social-, intenta dar respuesta a los problemas de salud de un individuo susceptible de "enfermar" biológica, psicológica y socialmente -ya sea centrándose en una de las áreas, ya sea viendo la simultaneidad de su presencia-. Estos frentes de defensa de la salud responden a las tres fuentes que se consideran pueden provocar la enfermedad, en definitiva el mal-estar del sujeto. Esta consideración obliga, por ende, a entender la salud de la comunidad en la que se encuentra inmerso el individuo; así, en una doble y simultánea constatación serán objeto y motivo de actuación tanto la salud del sujeto como la de la colectividad.

³ Real Decreto 137/84 de 11 de enero "Sobre estructuras básicas de salud". En Cataluña reciben el nombre de *Centres d'Atenció Primària (C.A.P.)*.

Los Centros de Salud fijan su atención en la promoción, prevención, restauración y rehabilitación de la salud; su ámbito de actuación es la medicina primaria -Atención Primaria de Salud-. En este primer escalón del contacto entre instituciones sanitarias y población resulta de especial atractivo el rastrear e intentar captar las prácticas, pautas, normas y modelos de salud que se transmiten a la gente que acude al centro, así como las distintas redefiniciones, reformulaciones, adaptaciones y, en definitiva, variaciones que los usuarios construyen sobre el "discurso" teórico y el "discurso" de la práctica. Dentro de los servicios que un centro de estas características ofrece -siendo instrumentalizados por el Equipo de Atención Primaria-, aquellos que le otorgan su impronta definitoria y distintiva son la promoción y prevención en materia de salud; esto es, los esfuerzos, objetivos, estrategias y actuaciones organizativamente estructurados y diseñados, de carácter educativo y profiláctico, dirigidos a la evitación y control de determinadas enfermedades en el medio social. Respecto al modelo de medicina primaria anterior -el Ambulatorio-, se podría sintetizar su peculiaridad, así como el nuevo peso específico concedido a estas áreas, recurriendo a la contraposición de acentos entre una medicina que despliega los medios a su alcance para intervenir en enfermedades ya declaradas, y una medicina que moviliza sus recursos para evitar la aparición de enfermedades. Se puede por tanto tipificar idealmente la existencia de una medicina prioritariamente preventiva -tanto para el sano como para el enfermo- definidora de la atención primaria (bio-psico-social) de un Centro de Salud, así como la pervivencia de una medicina prioritariamente restauradora o curativa -dirigida al enfermo- propia de la asistencia primaria (bio-orgánica) de un Ambulatorio.

El Equipo de Atención Primaria desarrolla su tarea preventiva en un continuum que va de un polo mínimamente estructurado, informal, a un polo considerablemente estructurado, formal. El polo informal está patente en todo tipo de consulta, mientras el formal es patrimonio de las consultas de los Programas de Atención Primaria de Salud:

- El polo informal remite a las guías de actuación, consejos ofrecidos, pautas higiénicas y alimentarias, así como recomendaciones relativas a prácticas y estilos de vida considerados como saludables; se intenta modificar las actitudes y comportamientos de la población hacia formas de vida valoradas como no nocivas y positivas para la salud. Esta vía preventiva se vehicula a través del personal médico y de enfermería que en sus conversaciones con los usuarios trata de corregir aquellas prácticas que parece necesario rectificar; el motivo de recomendación y la pauta indicada variará de usuario a usuario, y los mecanismos de persuasión diferirán en función de la capacidad y predicamento del trabajador sanitario que, dependiendo de su talante personal, tratará de transmitir tanto mensajes generales como normas concretas y pormenorizadas en razón directa al hecho al que se enfrenta. Así, se pueden observar desde condenas abstractas sobre los perjuicios del tabaco o el alcohol, hasta recetas culinarias pertinentes para que una dieta sin grasas animales resulte más llevada-

ra.

- El polo formal supone una práctica netamente estructurada, desde y por la institución, no dependiente de los criterios personales del trabajador, ni en función de la más o menos satisfactoria relación con el usuario; esta vía remite al diseño e implantación de programas de detección y control de determinadas patologías caracterizadas por una presencia o aumento destacable dentro de la población. Estos programas, que pueden estar dirigidos tanto a la población adulta, como al lactante, a la mujer, o a otros "grupos de riesgo", tienen como objetivo la actuación sobre enfermedades que se supone tienen gran incidencia y/o prevalencia⁴ entre los usuarios, sin esperar a que estos últimos acudan al centro por los problemas derivados de las mismas; la existencia de la enfermedad es presupuesta con anterioridad a su manifestación, y es esta suposición la que pone en marcha la actuación sanitaria sin que se haya detectado la enfermedad objeto de prevención y control.

La Salud Bio-psico-social.

Ahora bien, ¿es esta preocupación por la prevención un mero incremento, eso sí más estructurado y sistematizado, en la dedicación concedida a este área por el médico general de Ambulatorio?, ¿es una variación cuantitativa en el énfasis dado a esta faceta de la práctica médica o, supone algo más?

La diferencia es netamente cualitativa y no una superlativización de una prevención que, de una forma u otra, siempre se ha realizado -reglas prescriptivas de evitación de transgresión de tabúes, preceptos religiosos, eliminación o segregación de enfermos, aislamientos en establecimientos cerrados, etc... La prevención que ejercía el médico general de Ambulatorio se desarrollaba en función del individuo concreto y variaba dependiendo de la relación médico- usuario. Esta tarea preventiva se practicaba hasta el momento en que el usuario comunicaba la dolencia de la enfermedad; a partir de este momento de diagnóstico, el médico abandonaba la prevención para desplegar medidas y actuaciones curativas relativas a la enfermedad revelada. La prevención del médico de familia de un Centro de Salud es diseñada de acuerdo a patologías concretas y se aplica a los individuos basándose en criterios relativos a la existencia de "grupos de riesgo". Esta prevención previa la curación o restauración, no terminando donde empieza la dolencia, sino que, anteponiéndose a la Historia Natural de la enfermedad, constata una nueva enfermedad -la considerada como curso subclínico por el médico general- que provoca en el sujeto la consciencia de un mal-estar, de una "anormalidad", de una dolencia. En el caso concreto del Ambulatorio y el Centro de Salud, el salto cualitativo que se produce en el paso de uno a otro, se explica y se

⁴ La incidencia "refleja el flujo del estado de salud al de la enfermedad en la población", mientras que la prevalencia "representa la proporción de la población que, en un determinado momento se halla en estado de enfermedad" (Ahlbom y Norell 1987).

comprende atendiendo a la distinta definición de enfermedad subyacente en cada uno de ellos.

Conviene aclarar que en uso coloquial del término "enfermedad" se engloban diferentes realidades; estas distintas acepciones, y el conglomerado de representaciones y prácticas que suponen, deben ser matizadas y especificadas si se quiere determinar en cada caso a qué se refieren el médico general -propio del Ambulatorio- y el médico de familia y comunidad -prototípico del Centro de Salud-, cuando manifiestan estar "tratando enfermedades". En la enfermedad se pueden distinguir, coincidiendo o no en su vivencia y existencia, la dolencia:

"...fenómeno subjetivo por el cual el individuo se da cuenta de que no se siente bien y que, consecuentemente, puede tender a modificar su comportamiento normal"- y la enfermedad -"un fenómeno objetivo caracterizado por la alteración del funcionamiento del cuerpo como organismo biológico"- (Coe 1973).

El médico general de Ambulatorio interviene como tal cuando un usuario, aquejado por una dolencia, acude a la consulta; el galeno busca y rastrea en pos de la enfermedad -patología objetiva- que supuestamente es causa íntima y provocadora de la dolencia comunicada. El supuesto es la existencia y actuación sobre una patología orgánica que se manifiesta a nivel individual como dolencial; ésta implica una patología subyacente de la que es reflejo subjetivo y, por extensión, se considera que las enfermedades sobre las que se despliega la práctica médica serán aquellas que producen mal-estar en el individuo y le provocan la solicitud de ayuda.

El médico de familia y comunidad del Centro de Salud prevé, sin embargo, dos opciones:

- La primera, que el usuario se acerque a la consulta con una dolencia y que el terapeuta instrumentalice los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios para detectar tanto una patología de cariz orgánico, como un trastorno de carácter psicológico, afectivo o emocional; esto es, que la queja, el mal-estar del individuo sea producto de una alteración bio-orgánica, o que la demanda de atención sanitaria resulte debida a un problema acuciante para el sujeto; problema este último, que no siendo de la esfera bio-orgánica, altera al individuo en su globalidad.

- La segunda opción a considerar es aquella en la que es el mismo médico el que capta al sujeto por la presunción de posibilidad, y en ciertos casos conocimiento previo, de que este último sea portador de un proceso orgánico de deterioro considerado como nocivo para la salud. Aquí, sin necesidad de dolencia sentida, el usuario es "etiquetado" como enfermo en función de criterios y parámetros exclusivamente científicos. En esta situación es la adscripción a la categoría enfermo la que crea en el individuo la dolencia, esto es, la preocupación, el mal-estar, y en determinados casos una somatización de síntomas que el sujeto incorpora como propios de la enfermedad diagnosticada. En este planteamiento el individuo ve desestimada la dolencia

objeto de su visita y se ve inmerso en una redefinición de su situación, pasando de la categoría sano a la de enfermo, sin que haya solicitado tal tipo de ayuda⁵; se le va a exigir una reconsideración de su propia situación coherente con la nueva definición social que el centro sanitario ha realizado sobre él.

Con el médico de familia del Equipo de Atención Primaria se produce un doble movimiento con respecto al médico general del Ambulatorio; se amplía en sentido "horizontal" la definición de enfermedad y por ende de salud: de una preocupación por la condición bio-orgánica, se pasa a una preocupación por la condición bio-psico-social del individuo como unidad no divisible ni segmentalizable. A su vez, de una medicina que espera a ser requerida para intervenir, se produce un salto hacia una medicina que actúa sin necesidad de que el individuo requiera los servicios que se le prestan; de una medicina que tienen como ideal su propia desaparición -el no tener que ser solicitada-, a una medicina que da por supuesta la inevitabilidad de su actuación teniendo cada vez más que articular y abarcar mayor número de medios y áreas para lograr sus objetivos. El denominador común de los movimientos reseñados es la variación en el concepto de salud. Este tiene que ver ahora con la vivencia total: la situación física individual, la existencia y valorización de trastornos psicológicos, y su anclaje en el medio social. La salud ya no se define por oposición -como ausencia de enfermedad-, sino que se entiende como proceso constante de incremento y satisfacción del máximo bienestar posible del individuo.

Los Programas de Salud del Equipo de Atención Primaria.

La promoción y prevención estructurada y organizada por la institución sanitaria promueve la creación de programas específicos de intervención sobre determinadas patologías orgánicas. La elección de un programa u otro -Programa del Adulto, del Lactante, de la Mujer, etc.- o su coexistencia depende de las características de la población en la que esté situado el Centro de Salud, así como de los medios humanos y materiales de que se disponga. En cualquier caso, estos programas suponen pautas diagnósticas y terapéuticas uniformes para los componentes del Equipo de Atención Primaria, con la intención de que los criterios de evitación, diagnóstico o detección -reconocimiento médico de la existencia de tal patología-, y los canales y medidas terapéuticas -tratamientos a seguir por el usuario- sean, de acuerdo a las posibilidades, los más fiables a la hora de controlar el progreso de la alteración orgánica. Las pautas diagnósticas y terapéuticas son fruto del trabajo exhaustivo sobre poblaciones "tipo", o sobre muestras pertenecientes a los "grupos de riesgo" de esas patologías, prolijamente estudiadas y contrarrestadas. Si los criterios de estos programas, que hacen

⁵ Todo usuario acude al centro con alguna dolencia, pero en este caso, ésta se ve minimizada ante el diagnóstico de una enfermedad no sentida.

que una persona sea designada y tratada como enfermo, son bastante similares y homogéneos -se pueden mencionar grandes líneas mundiales, que se desglosan en función de zonas de desarrollo socio- económico y que más tarde se matizan por la especificidad de los estados nacionales-, no sucede lo mismo en cuanto a la elección del programa concreto a desarrollar. Así, en el Centro de Salud en el que llevo a cabo mi investigación, el programa elegido como objeto de trabajo es el llamado Programa del Adulto; incluye subprogramas que se centran en la detección, captación y control de personas susceptibles de presentar Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM) no insulino-dependiente y Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas (EPOC). La elección susodicha ha sido fruto de:

- La consideración de estas patologías como enfermedades en constante progresión en las sociedades industrializadas.

- La existencia de una población "tipo" estudiada, considerada como modelo en cuanto a características ecológicas, poblacionales y socio-económicas del asentamiento urbano en que se ubica el centro, en la que se ha detectado la fuerte presencia de estas patologías.

- La constatación en consulta del propio centro, de las peculiaridades de la morbilidad de la población atendida.

Me centraré en este programa, tanto como espejo del concepto de salud a desarrollar como por constatar la articulación estructurada más delineada de ese "discurso sanitario". En estos programas se aunan la concepción teórica que marca los hitos a lograr, y las prácticas que se despliegan en coherencia con esa "filosofía". Pretendo mostrar cómo estos programas son fruto de una nueva "mirada" médica; este nuevo enfoque en los datos y elementos a tener en cuenta, su valoración y las prácticas terapéuticas consiguientes, traslucen la emergencia de una distinta definición de lo que se constituye como enfermedad: el "enfermo crónico programado"⁶. Esto que podría considerarse estrictamente como una aportación esperada en el progreso y desarrollo de cualquier ciencia, tiene en la Atención Primaria de Salud una repercusión social directa, densa y palpable en el entorno humano. El origen institucional de la redefinición y el lento ritmo con el que ésta es transmitida y socializada en el colectivo, provoca el que la microteoría -la concepción de lo que es y supone la salud y la enfermedad- que mantiene cada persona, choque con la concepción que el Centro de Salud -el primer contacto con el sistema sanitario- destila y ofrece.

Aunque es sabido que todo individuo en la asimilación de nuevas teorías y prácticas reformula y modela los mensajes recibidos, a través de su biografía, la historia y la influencia del medio socio-cultural en que se mueve, el problema estriba en

⁶ Esta categoría no es asimilable ni a la de enfermo agudo, ni a la de enfermo crónico hospitalario.

que la oferta médica aquí transmitida no supone el cambio en la gravedad de una patología u otra, ni las sustitución de un medicamento por otro, sino que, más allá de los límites que el individuo supone y define para esa ciencia, ésta le exige una reordenación de lo que es la salud y la enfermedad y, por medio de ésta, de lo que debe ser el vivir humano.

La Perspectiva del Tiempo en la Definición de Salud.

Las tres patologías reseñadas son consideradas como enfermedades en aumento, en cuanto a número de personas afectadas, en las sociedades desarrolladas. Tanto en el caso de los EPOC, en el que se constata una fuerte relación entre el tabaquismo y patología, como en los casos de HTA y DM, no estando claro las causas últimas de su producción, la opinión generalizada en el mundo médico encuentra sus causas íntimas en el tipo de vida propio de la sociedad urbana industrial. Las condiciones de la actividad laboral, las pautas alimentarias y la vida sedentaria son tenidas como elementos desencadenantes y agravantes de estas alteraciones.

Esta constatación teórica se cristaliza ante el propio usuario. El abordaje de las tres enfermedades mencionadas sorprende al individuo que, habiendo acudido por otros motivos, no vivencia la existencia de tales enfermedades ni espera, en todo caso, sean objeto de la medicina primaria; ahora bien, los distintos diagnósticos no provocan ese impacto por las mismas razones y suponen, a su vez, distintas imágenes por medio de las cuales la gente define mínimamente su nueva situación. En el caso del hipertenso, debido a la no presencia de dolencia -no capta ningún síntoma, ni alteración que le haga sentirse mal o diferente, en definitiva alterado-, el usuario reacciona con una mezcla de no credibilidad y de plegamiento o conformidad mecánica al comunicado médico; si por un lado, su estado general es sentido como satisfactorio, el individuo es conocedor de la existencia de la enfermedad en gente más o menos allegada, tanto en el ambiente de trabajo, la familia o el círculo de amigos y conocidos. La imagen que a través de estos casos conocidos se enraiza en el sujeto, evoca personas que realizan una vida similar a la suya y sin ningún tipo de limitación, con la salvedad de que esa normalidad es debida a la ingesta de un determinado fármaco. La toma de medicamentos que supone la enfermedad garantiza o proporciona, desde su punto de vista, la posibilidad de disfrutar de una "vida normal". En el caso de la Diabetes Mellitus, el diagnóstico remite, casi automáticamente, al reconocimiento de antecedentes familiares, a la par que asocian la patología a la imagen del diabético insulino-dependiente que necesita inyectarse insulina; la no existencia de dolencia, conjugada con la etapa insulino-dependiente -entendida desde la óptica del usuario como fase a la que va a llegar irremediabilmente-, provoca una concienciación de la gravedad de la enfermedad que, resultando desmedida para el médico, supone en ocasiones un fatalismo que paraliza el seguimiento adecuado de tratamientos. La composición de la situación en la que se entra provoca el que, aún aceptando en principio el tratamiento, se produzcan reiterados e intermitentes deslices terapéuticos debidos a la ausencia de molestias y dolores, ya al carácter

crónico conocido por el individuo. El caso de los EPOC, siendo un poco especial, también suscita sorpresa al recibir el estatuto de enfermedad. En esta alteración, la dolencia es manifiesta -tos reiterada, dificultad para respirar, fatiga ante determinadas tareas de la vida cotidiana-, pero no es vivida tanto como enfermedad sino como resultado, en muchos casos, de un hábito conocido: el tabaquismo. El individuo no contempla su dolencia, fundamentalmente como una enfermedad -como algo que desde fuera o no se sabe porqué ataca a uno-, sino como algo lógico, comprensible y explicable, que ha ido viviendo paso a paso y que en cierto sentido él mismo ha ido provocando.

En estas tres enfermedades la conmoción del diagnóstico, y las implicaciones de entrar en la categoría enfermo, provienen de la consideración negativa por parte del médico de una forma de vida que para el individuo es la aprehendida, la que cumple las expectativas deseadas, esperadas, y que siendo una forma eficaz de supervivencia es, más allá, una forma de relacionarse y desenvolverse en el mundo que le rodea.

En sintonía con todo lo anterior, la terapéutica indicada apuntará al cambio en estilos de vida, prácticas y hábitos comunes; a pesar de que se sigan indicando fármacos, el énfasis se pondrá en la modificación de actitudes y comportamientos. Se fomentará de forma general la dieta alimenticia equilibrada, evitando especialmente la obesidad, así como la realización de más ejercicio físico de forma moderada y procesual. Específicamente, cada una de las patologías indicadas esgrime, a nivel terapéutico, las siguientes medidas: en el hipertenso se incide en la dieta sosa y el ejercicio físico ponderado pero diario, o al menos regular; en el diabético, se selecciona la ingesta de glúcidos, se fija una dieta tendente a conseguir el "peso ideal" del individuo -mayoritariamente y dadi el exceso de peso de la población, suelen ser dietas bajas en calorías-, y, a la vez, se extrema la prudencia en el ejercicio físico, que resultando beneficioso debe ser objeto de especial atención tratando de evitar las variaciones bruscas del nivel de glucosa en sangre, tanto hipo como hiperglucemias; en el EPOC, además del control de obesidad -ésta agrava la fatiga respiratoria-, se presenta como principal herramienta terapéutica el abandono del hábito de fumar. El médico advertirá o amenazará con las posibilidades creadas en caso de no seguir sus indicaciones: el hipertenso en un lapso de diez años podrá sufrir una hemorragia cerebral, el diabético estará amenazado de ceguera a medio o largo plazo, y el bronquítico podrá sufrir, en un momento no determinado, una crisis respiratoria que resulte insoportable.

Si la fijación del diagnóstico ha supuesto confrontación entre la imagen que el individuo tiene de su estado de salud y aquella que le presenta el médico, no es menor el desconcierto ante el tratamiento impuesto. La colisión tiene lugar entre una medicina curativa, aquella a la que el sujeto está acostumbrado y de la que ha ido seleccionando tanto los elementos ideales de lo que debe ser una buena salud -por tanto, de lo que debe ser enfermedad-, como las soluciones adecuadas puestas a su alcance por el sistema sanitario, y una medicina preventiva que califica de enfermedad situaciones que él no contemplaba y que incorpora medidas terapéuticas tenidas como "atípicas", al separarse de una tecnología sanitaria que es vista como paradigma de lucha ante

la enfermedad. Se puede hablar de una oposición entre una terapéutica "dura", basada en la prescripción de medicamentos, manipulación de elementos orgánicos y en la profusión de actuaciones tecnológicas -análisis, cirugía, gastroscopias, etc.-, y una terapéutica "blanda", focalizada en las dietas y el ejercicio físico, intentando de esta manera minimizar la entrada de elementos extraños y ajenos al organismo; estos últimos, son considerados -ejemplarmente en Atención Primaria de Salud los fármacos- como elementos no naturales. Una terapéutica "natural" substituye a una terapéutica "no natural"; un re-equilibrio basado en las condiciones y potencialidades del organismo reemplaza a la aplicación de elementos sintetizados o diseñados por el conocimiento humano, elementos artificialmente desarrollados.

El médico dibuja un cuadro preocupante y/o esperanzador pero siempre alejado en el tiempo. El usuario espera soluciones para el momento presente; el seguimiento de la pauta terapéutica no le promete una vuelta las expectativas anteriores, por contra le comunica su cronicidad. Se le coloca en una situación irreversible en la que la salud que debiera provocar el tratamiento se convierte en presencia de enfermedad futura: la calidad de vida del momento, concebida por el sujeto, es substituida por la calidad de vida futura, concebida desde la ciencia médica. De una vida entendida a corto plazo sin dolencia, a una vida entendida a largo plazo con enfermedad. Se prima la enfermedad -lo objetivo- sobre la dolencia -lo subjetivo-.

La Enfermedad creada

La respuesta al tratamiento por parte del usuario es un indicador de hasta qué punto el médico ha creado una enfermedad, donde no había más que un plan de vida que se desarrollaba de acuerdo a lo esperado por el individuo. Este percibe que los modelos de enfermedad y enfermo que él conoce no le sirven como elementos de comprensión y teorización de la enfermedad; además, tampoco conoce modelos o guías de comportamiento para la nueva situación. Sus referentes, tanto el de la enfermedad aguda -en la que existe una dolencia y el tratamiento supone un período tras el cual se vuelve a la normalidad confiada-, como el de la enfermedad crónica hospitalaria -que presenta como materialización de la situación la discapacidad propia de la patología- no le resultan de ninguna ayuda. Se encuentra con un vacío de modelos que le fuerza a construir el suyo tomando para ello elementos de los modelos conocidos y elementos que le aporta el médico.

El sujeto incorporado en estos programas del Centro de Salud, no es fácilmente categorizable como sano o como enfermo; no está considerado como sano pues tras un diagnóstico médico, se le impone un tratamiento que debe seguir de por vida y en el que se le han limitado una serie de potencialidades tanto respecto a la toma de decisiones como al ejercicio de determinadas actuaciones. No es considerado como enfermo pues en la mayoría de los casos sigue realizando las mismas tareas que antes de su redefinición médica, sin ninguno de los derechos o exenciones propias del socialmente tenido por enfermo. En este sentido, lo que se le ha comunicado es que su forma de vida es enfermante; aquellas situaciones, actuaciones, imágenes, modos, maneras y

pautas de decisión y comportamiento que siente como suyas, que ha ido aprehendiendo y decantando a través de su socialización, resultan ahora nocivas. Tanto las maneras de comer y beber, los usos que hace de su tiempo libre, la forma de relacionarse con sus pares, la relación con su cuerpo e incluso las vías que diseña y utiliza para marcar determinadas celebraciones e hitos vitales le son desaconsejados. En resumen, si vive como acostumbra agravará su enfermedad, si no quiere que tal empeoramiento se produzca debe renunciar, en parte, al mundo que ha ido construyendo, personalizando y asumiendo.

Las raíces de este enfoque sobre la salud y la enfermedad, y en definitiva la vida, se encontrarán en la nueva mirada que aplica el médico de familia; al proponer un concepto de salud global, se propone una forma de vida óptima y deseable que pasa por redefinir pautas socio-culturales. De una medicalización entendida como una utilización desmedida del fármaco, en el tratamiento de la salud bio-orgánica, a una medicalización en la que se hacen susceptibles de control médico todas las facetas del individuo. Considerando un equilibrio bio-psico-social, punto de partida del ser humano y a la vez modelo a alcanzar, se intenta rastrear aquellas actitudes y acciones, en las que se haya inmerso individuo y colectividad, que pueden alterar tal estado ideal. Se ha pasado del fatalismo en la enfermedad -el hombre no puede hacer nada contra ella-, a una responsabilización de la misma al propio *modus vivendi* -el hombre provoca la enfermedad con su forma de vida-.

Ahora bien, si desde la salud holística las producciones culturales "enferman", no es menos cierto que la enfermedad alcanza su plena definición sólo desde la cultura; glándulas y vísceras, arterias, venas y capilares, secreciones del organismo y sus mecanismos de regulación y control, no van a presentar un funcionamiento autónomo, ajeno del medio cultural del sujeto; el organismo no resultará amenazado por el medio creado por el hombre, sino que este medio le va a imponer una nueva organización y regulación. El hipertenso, el diabético y el bronquítico asumen e introducen la enfermedad en su vida: la vida habrá provocado la enfermedad pero ésta será de ahora en adelante su forma de vida. El organismo, "aquello que es pero que no se ve, aquello que sólo es cuando se ve" (Foucault 1980), es recreado por la cultura; esta constatación frente a una supuesta dicotomización interior-exterior, natural-social, intenta recuperar el "cuerpo desconocido" en la unidad global que es el sujeto. Lo orgánico, en su estructura y su funcionamiento, se considera una imposición dada a la creatividad del sujeto, éste debía tratar de mantener tan solo como armazón que posibilita el desarrollo del ser inteligente, del logos, de la razón. Frente al énfasis en separarse de los condicionamientos que este organismo podía imponer, ahora se muestra que ese propio organismo es modelado y alterado por la vida social. Ahora, se va a tener en cuenta la incidencia que lo humano tienen en el cuerpo, lo humano no se limita al raciocinio, sino que incorpora las actividades y funciones orgánicas para plantear de una manera más radical lo específicamente cultural del todo que es la persona. Se abandona, por tanto, la dicotomización organismo natural versus pensamiento cultural: el organismo se encultura.

Conclusión

La concepción de la salud que postula un Centro de Salud exige al individuo que realice un giro copernicano en su vida, que deje de lado y olvide ciertas maneras de actuar y comportarse, que invalide determinadas ideas que dan sentido a lo que hace y al por qué lo hace, que altere modelos ideales de relación con los demás, de visión de sí mismo, de bienestar, de felicidad. Se está, de una forma u otra, pidiendo que abandone determinados patrones culturales cuando estos forman parte de un conjunto superior en el que están englobados formando un sistema: la cultura. El galeno actúa con el supuesto de que la salud es la principal prioridad en la escala valorativa de la persona; ciertamente, como muchos usuarios manifiestan, "a nadie le gusta ir al médico", pero esta prioridad solo tienen sentido, suponiendo que así sea, en cuanto permite y ayuda al desenvolvimiento de un determinado modo de vida: una vida que cada uno ha internalizado y reformulado de forma idiosincrática desde la interrelación con el entorno cultural en el que está inmerso. Una salud, por tanto, concreta y para un tipo de vida determinado, vivido y conceptualizado por él.

El choque entre médico de familia y usuario deviene de intentar imponer un modelo de salud que responde a un diseño de vida, el cual parte de valores distintos, de diferentes valoraciones sobre el papel de la comida, las relaciones familiares, laborales, el ejercicio físico, la diversión, la felicidad y, en general, sobre hábitos y estilos de vida deseados y deseables. El objetivo global, estar sano, estar bien, puede ser tenido por coincidente, como concepto abstracto de salud, no obstante el escollo se encuentra en la distinta conceptualización que tanto la institución sanitaria como el individuo hacen de los elementos que la posibilitan, así como en el modelo de salud concreto y vivencial al que ambos remiten. Se ha llegado así, desde la decantación de un modelo de salud que a través de una mirada se encarna en una práctica, a un decisivo paso para hacer buena la aseveración de R. Virchow de que "la medicina es una ciencia social". Ahora bien, quizá el elemento a considerar con singular esmero sea el impacto y repercusión que dicha aplicación produce en pautas y modelos socio-culturales, así como las reformulaciones y re combinaciones a las que se somete a las personas que los mantienen y producen.

BIBLIOGRAFIA

- Ahlbom, A. y Norell, S.:
1987 *Fundamentos de Epidemiología*.
Madrid, Siglo XXI.
- Coe, R.M.:
1973 *Sociología de la Medicina*.
Madrid, Alianza.
- Foucault, M.:
1980 *El nacimiento de la clínica*.
Madrid, Siglo XXI.