

La construcción de la realidad. La interacción médico-paciente en Atención Primaria de Salud (APS) y sus productos.

Bernalte Benazet, Alvaro
Miret García, María Teresa

RESUMEN:

La relación médico – enfermo es un choque que supera lo comunicativo, es una interacción que se produce entre dos actores: médico y paciente; cuyo momento en la terminología sanitaria refiere al término “consulta”, y por ende al choque entre dos “modelos explicativos”, es decir entre las nociones que tienen acerca de un episodio de enfermedad tanto los médicos como los enfermos y que involucra consideraciones acerca de la etiología, sintomatología, fisiopatología, curso y tratamiento. Hemos de matizar, que en ésta revisión a realizar en el contexto de la APS, se va referir a: la interacción médico – enfermo, y a un producto social de la misma, la Historia de Atención Primaria.

La preocupación por la relación médico - enfermo y los objetivos de la misma, han sido un *continuum* a lo largo de la historia, siendo ya patente en el Imperio Antiguo egipcio, nos lo recordaba Marceil Sendrail, y como tal, parece que su sentido ha perdurado desde hace unos 4000 años hasta nuestros días:

...“Si te vienen a presentar una petición escucha tranquilamente lo que te dice el que te consulta. No le hagas un desaire antes de que haya vaciado su corazón. Le gusta que se le preste atención a su queja aún más que verse dar satisfacción...”. Phtahotep. El mismo autor comentaba:

“Saber escuchar, primera virtud, sin duda, del médico digno de su ministerio. Estos viejos aforismos pueden servirnos de lección”

“... no son datos lo que le falta a la Antropología, sino más bien algo inteligente que hacer con ellos, la justificación de un trabajo de campo, al igual que cualquier actividad académica, no reside en la contribución a la colectividad sino en una satisfacción egoísta

Es imprescindible acotar el objeto de estudio al modo que comentábamos de "una pregunta o preguntas lanzadas al aire" que obligan a la acción, introducirnos en ellas y en la micro - realidad social que nos preocupa (la interacción médico-paciente); ésta acción es pues *la etnografía, ese choque con los otros y su visión de la misma, nos llevará probablemente hacia una verdad, no a la verdad, y a un grado de certeza sobre quienes son los otros y quienes somos nosotros, dándose la paradoja que curiosamente ambos nos influiremos de tal forma, que dejaremos de ser -en parte- lo que éramos.*

Para nosotros desde la observación y la experiencia, consideramos que ésta relación (médico – paciente) está produciendo cada día más insatisfacción a los clientes, y también a los médicos, y por lo tanto puede y debe mejorarse.

Para ello hemos estudiado:

- observando de forma participativa, es decir haciéndose el etnógrafo visible, en la interacción, y
- analizando la comunicación entre los actores,
- estudiando un producto de la misma, como es la HAP,
- pulsando la vivencia de la interacción, en los actores,
- conociendo la influencia de los contextos, grupal e institucional

Como investigadores tomamos la posición de Goffman para analizar entre otras cosas, la relación que se producía entre el médico y el paciente en el campo de la APS; y lo hicimos así, porque desde otras posiciones teóricas, el orden de interacción era menos importante que el orden social; y pretendíamos plantear un análisis de la experiencia individual en la vida social, no un análisis de la estructura de la vida social. Sin que ello nos hiciera olvidar: la institución no-total (el centro de salud) y los condicionantes que ésta impone a las interacciones que se producen en su ámbito; ni aquellas "realidades sociales" que a modo de puentes atraviesan las interacciones, como son entre otros: los estatus, y el género.

Por último significar lo interesante de sentirse otro dentro de la propia cultura, la resistencia a la observación y las conclusiones interesantísimas extraídas.

1. INTRODUCCIÓN.

La relación médico – enfermo es un choque que supera lo comunicativo, es una interacción que se produce entre dos actores: médico y paciente; cuyo momento en la terminología sanitaria refiere al término “consulta”, y por ende al choque entre dos “modelos explicativos”, es decir entre las nociones que tienen acerca de un episodio de enfermedad tanto los médicos como los enfermos y que involucra consideraciones

acerca de la etiología, sintomatología, fisiopatología, curso y tratamiento¹; en la APS, la continuidad de la atención establece dos momentos relacionales: uno el sincrónico el actual, y el diacrónico, que es la memoria histórica de lo anteriormente sucedido en éstas relaciones:

"En la memoria histórica de la relación, el paciente hace un balance permanente entre ganancias y pérdidas. Es lo que el modelo de interacción estratégica llama <<libro de contabilidad>> de la relación, por el cual se puede tener <<crédito>> - que a efectos de la relación asistencial, significa por encima de todo disponer de confianza - o, por el contrario, estar en números rojos (ausencia de confianza) ..." ².

Para la existencia de ese choque comunicativo, se deben hacer presentes dos discursos, obviamente, el del médico y el del paciente; que sería lo normal de considerar ésta relación como de persona a persona, tal como indica Laín Entralgo ³ defendiendo una posición de igualdad que – curiosamente - el mismo niega, porque según expresa ésta igualdad, bloquearía la acción del sanador (médico).

En la investigación y para establecer la presencia del discurso del paciente, lo hemos "rastreado" tanto mediante la observación directa de la interacción haciéndonos presentes en ella, como en la revisión de los productos documentales que se crean en la misma como es la "historia clínica" ⁴, entendiendo ésta "como un instrumento de información sanitaria, para registrar, organizar, almacenar, recuperar y transmitir la información generada, al contactar con el individuo que solicita atención sanitaria"⁵.

El contexto en que vamos a estudiar éstas interacciones son los Centros de APS ⁶ de la Comunidad Autónoma de Andalucía, denominados genéricamente Centros de Salud, que son resultado de la puesta en marcha de las recomendaciones de la Conferencia de la OMS celebrada en Alma-Ata (URSS) en 1978, unos cambios que se concretan en Andalucía bajo el epígrafe de "Reforma Sanitaria" ⁷.

En estos CS, las interacciones o consultas abordan como diría De Heusch ⁸ la enfermedad, como una "experiencia de alienación (parcial o total), donde la muerte es la amenaza constante de todo orden humano" y donde " para responder a ella eficazmente, para transformar la desesperanza en esperanza, no dispone el hombre más que de la farmacopea [técnicas quirúrgicas, ...] y del lenguaje de los ritos.", en ellas surge un producto social – tal como defienden Hammersley y Atkinson - llamado Historia de atención primaria (HAP). Analizados los distintos tipos de entrevistas, que se realizan en los CS, nos hemos dado cuenta que el producto (HAP), con carácter específico, se crea en las consultas "programadas" o de programas, al parecer, por sus características y objetivos ⁹; aunque se ha vuelto muy común ir "parcheando la HAP" en diferentes consultas a demanda ¹⁰, el abordaje de estos materiales ha sido objeto de una gran controversia, por ello queremos traer aquí una explicación que nos parece clarificadora:

"Nuestro argumento es que, en vez de verlos apenas como fuentes de información (más o menos sesgada), los documentos y estadísticas oficiales deberían tratarse como productos sociales; deben ser analizados, y no empleados meramente como recursos. Considerarlos como un recurso y no como un tópico de estudio significa utilizar el trabajo interpretativo e interaccional que está incluido en su producción, tratarlos como un reflejo o documento de los fenómenos que están detrás de su producción" ¹¹.

Esto es así, debido a que las consultas programadas se realizan a personas que - el médico - considera que se le debe prestar una atención especial por su patología o pluripatologías, lo que hace que se precise una mayor información para un seguimiento, tratamiento o control. En el caso de las consultas de programas, éstas se refieren a servicios que son ofertados a los clientes por el Servicio Andaluz de Salud que se incluyen en la denominada Cartera de servicios y que generalmente están desarrollados sus aspectos técnicos por medio de

¹ Martínez, A.; 1984: 61-67.

² Borrell, F.; Cebriá, J.; 1999:82-3.

³ Laín Entralgo, P.; 1964:237.

⁴ Martínez, A.;1984: 61-67.

⁵ Rodríguez, M.; Sagristá, M. y cols., 1986: 1-40.

⁶ Martín y Cano; 1996: 4-13.

⁷ La mencionada, y que afrontó los problemas de una Medicina con un aumento de la tecnología, una tendencia creciente a la subespecialización y al hospitalocentrismo, donde se daba la paradoja de que existían múltiples evidencias científicas de que el incremento de la complejización y de los costes de los sistemas tradicionales no se había visto reflejado en un aumento del nivel de salud de la población atendida, como los estudios de Dever citado por Pinneault, y Daveluy (1987:14-30), que en definitiva y como ya hemos dicho, demostraban la imposibilidad de los sistemas sanitarios para mejorar el nivel de salud, la inquietud era agravada por la crisis económica y un aumento de los costes sanitarios, y todo ello hizo que los gobiernos tomaran conciencia de la gravedad del problema y de la necesidad de reorientar los sistemas sanitarios..

⁸ De Heusch, L.; 1973:285.

⁹ Aunque la presión de la empresa (Servicio Andaluz de Salud) y en algunos casos la minusvaloración de la HAP como herramienta de trabajo, haga que se realicen HAP utilizando la presencia en la consulta por cualquier demanda, para ir completándola.

¹⁰ Estimulado por la propia empresa de servicios: el SAS.

¹¹ Hammersley, M.; Atkinson, P.; 1983:153.

“programas” o protocolos de actuación, que obligan a abrir historia al cliente y a recoger, a parte de los datos generales que conformarían una historia estándar, unos datos específicos en cada programa. Estos programas, pueden tener como objetivo atender circunstancias: meramente fisiológicas como el embarazo, así el programa de control de embarazo y el de educación maternal; patológicas, como estar afectado por el VIH, el programa de seguimiento de la infección por VIH y a enfermos de SIDA; preventivas, como el programa de vacunaciones sistemáticas andaluz; o para promocionar la salud, como el programa de atención al niño sano.

Simplificando la cuestión, una "entrevista clínica" puede ser para los médicos, o bien una toma de una serie de datos casi como una recolección, o un buen momento para cumplimentar los datos básicos de una historia clínica, pero como afirma Borrell esto no debe ser así, ese momento de interacción es un momento de obtención de información no de datos¹²; dicha información procede del discurso del paciente, de su actitud, de su fachada¹³, de su forma de expresarse, de su estatus, de su rol, etc. En la denominada médicamente entrevista clínica, para nosotros interacción, los médicos reconocen dos aspectos: el primero, una confrontación de dos personas en las que una está - no lo olvidemos - pidiendo ayuda para algo que considera que el médico puede solucionar o ayudar a ello, por lo tanto algo que parece quedar en el ámbito de las relaciones cara a cara entre dos personas; y un segundo aspecto en la que el acto es puramente "técnico o científico", donde se aplica una forma de entender la vida, la enfermedad, ... a un problema o hipótesis sobre el paciente, con el fin de contrastarla, para prevenir una enfermedad o para actuar sobre ella (si el "especialista" o médico llega a esa conclusión).

Debemos manifestar que para el médico es una relación de comunicación, donde en general los aspectos que no son de comunicación verbal son poco aquilatados o ni siquiera tomados en cuenta. Sobre el hecho de reducir la interacción a una relación comunicativa, esto ha sido estudiado por varios autores, sobre todo con respecto a las características que debe tener el médico para llevar a cabo, más que la relación misma. El planteamiento se hace bajo el *Teoría General de la Información* (TI), desarrollada por Shannon, C.E. y Weaver, W., que es un planteamiento de mediados de siglo pasado, donde los autores (ingeniero y matemático respectivamente), proponen una teoría matemática de la información -o de la comunicación-, cuyo objetivo es puramente instrumental: lograr la máxima economía de tiempo, energía y dinero en el diseño de señales y canales técnicos de transmisión, donde curiosamente, ... ¡Los significados de los mensajes no son objeto de la TI!^{14, 15, 16}.

Pero para nosotros la interacción médico enfermo no es sólo una relación comunicativa¹⁷, es algo más, consiste para el médico en crear una proposición o hipótesis (orientación diagnóstica), en base a lo que observa en un paciente y lo que éste le aporta, con su discurso, y que después es falsada o no, dependiendo de la correcta o no actitud del médico como científico, por contraste con pruebas analíticas, radiológicas u otras, y por su propia experiencia y conocimientos (entendiendo a ambos influidos por sus valores y creencias), pero que no es la única, por que el propio paciente establece también su propia hipótesis, que por su interés también será falsada¹⁸, por contrastación con sus conocimientos o concepciones sobre la enfermedad, así como por la actitud de su grupo de convivencia, y los resultados de las entrevistas con su médico y del posible tratamiento que le "ordene el médico".

Esta actitud crítica es esencial, debe ser la actitud del científico en todos los ámbitos de actuación, quizás unas palabras de Alexandre Petrovic nos dejen claro éste punto:

"... tenemos que aprender precisamente de nuestros errores. Disimularlos constituye por eso el mayor pecado intelectual que cabe imaginar. Cometer errores es humano, pero nuestra organización social de la Medicina debe estar abierta, debe ser criticable. No hay médico alguno que esté en posesión de la verdad, ni podrá haberlo nunca"^{19, 20}.

¹² La importancia de esa diferencia radica, en que cuando se piden datos, el paciente acostumbra a contestar a preguntas cerradas, no puede aportar ni su forma de ver las cosas ni sus propias asociaciones, en definitiva su discurso.

¹³ En sentido goffniano.

¹⁴ Weaver (1977), se circunscribe: a los problemas técnicos de la transmisión. y excluye: los problemas semánticos (que significados se transmiten), y los problemas influenciales (como afecta el mensaje al receptor).

¹⁵ La TI se interesa por el funcionamiento de las señales, es decir, las transformaciones energéticas mediante las que se ha codificado un mensaje y que han de ser posteriormente descodificadas, y... no se interesa por los signos, que son relaciones culturales entre expresiones convencionalizadas (significantes) y representaciones conceptuales (significados).

¹⁶ En la TI el mensaje es codificado por un emisor mediante una secuencia de señales seleccionadas de una fuente o repertorio; hay que pensar que ni la noción de emisor ni la de receptor son antropomorfas, se definen como operadores que codifican o descodifican mensajes, independientemente de que se trate de máquinas, de organismos o de sujetos intencionales.

¹⁷ Entendiendo el lenguaje como un sistema de símbolos codificado, con el cual se transmiten ideas o significados solo entendibles para los que conocen el código

¹⁸ Perspectiva popperiana de falsación de hipótesis

¹⁹ Alexandre Petrovic en Popper, K.; 2000:169.

²⁰ Una actitud diferente muy diferente la de este de un médico y profesor de médicos, con la de un antropólogo como José María Uribe, que confunde la crítica, según él mayor que antes, a lo mejor debida al hecho de que antes NO se podía, con

2. ESTADO DE LA CUESTIÓN.

La preocupación por la relación médico - enfermo y los objetivos de la misma, han sido un *continuum* a lo largo de la historia, siendo ya patente en el Imperio Antiguo egipcio, nos lo recordaba Marceil Sendrail, y como tal, parece que su sentido ha perdurado desde hace unos 4000 años hasta nuestros días:

...*“Si te vienen a presentar una petición escucha tranquilamente lo que te dice el que te consulta. No le hagas un desaire antes de que haya vaciado su corazón. Le gusta que se le preste atención a su queja aún más que verse dar satisfacción...”*. Phtahotep ²¹.

El mismo autor comentaba:

“ Saber escuchar, primera virtud, sin duda, del médico digno de su ministerio. Estos viejos aforismos pueden servirnos de lección ” ^{22, 23}

Aunque volviendo a Occidente, el origen histórico de la Medicina científica lo hemos situado en Hipócrates, y el interés científico por la entrevista clínica o interacción médico-paciente hay que fijarlo muy cercano a nuestros días; siendo abordado como objeto de estudio por sociólogos, psicólogos y semiólogos entre otros ²⁴, aunque ha ido parejo éste reconocimiento de un campo de actividad y competencia de los científicos sociales a una no profundización, en general, que ha hecho que los avances “parezcan materia reservada a unos pocos” ²⁵.

La relación médico - enfermo en nuestro Occidente, ha pasado por diversas concepciones, desde la “amistad médica” o “philía iatrikê” de los griegos; pasando por el cristianismo de la baja edad media, que planteaba una novedad fundamental la “philantrôpia médica” aunque los médicos cristianos seguían diagnosticando y tratando, en el mejor de los casos, como los médicos de la Antigüedad griega. A la perspectiva del paso del medioevo al mundo moderno, con un nuevo punto de vista técnico; o ese paso del siglo XVIII hasta nuestros días, donde la sociedad se seculariza, y convierten a su vez en seculares la técnica diagnóstica y terapéutica, el propósito de una sola Medicina (abolir las Medicinas de ricos y de pobres) y la relación médico enfermo, que se convierte en si misma en una relación terapéutica.

La relación entre el médico de familias y sus pacientes solía y suele ser satisfactoria hasta bien avanzado el siglo XX, decía Laín Entralgo, que la Medicina que hoy conocemos como de cabecera era la “hábil combinación de una verdadera ciencia, la patología que enseñaban los libros”, y una “ gramática parda bondadosa y astuta” ²⁶. La relación médico y paciente, ha provocado una seria controversia, con autores que apoyan su validez, y detractores que la califican de irrelevante y hasta yatrogénica (Illich, I, Carlson; R.J. ²⁷). Ya en los años 30, se podían encontrar afirmaciones tan diferentes como la de Henry Sigerist quien manifestaba “la relación entre médico y paciente es una relación pura de persona a persona”, y la de Schumpeter, que sostenía que la relación médico – paciente era el último ejemplo superviviente de explotación directa y pura, del hombre por el hombre.

En nuestro país, un autor de reconocido prestigio como Lain Entralgo, P. ²⁸, en su libro “*La relación médico enfermo*”, intentaba demostrar como “... *el encuentro personal entre el médico y el enfermo, y la relación diagnóstico – terapéutica a él consecutiva, eran rigurosamente imprescindibles para la práctica humana del arte de curar*” ²⁹.

Curiosamente ésta relación no parece tener demasiados argumentos positivos a nivel epidemiológico, su aportación a la morbilidad y a la mortalidad ³⁰ según epidemiólogos y salubristas como Cochane y Mc Keown es inapreciable; pero creemos que los estudios epidemiológicos de Dever, G.E.A. son los más corrosivos en éste

una persecución de los médicos (loable preocupación dado que parece ser que su hermano lo es, pero muy poco científica).

²¹ . Sendrail, M.; 1983:70

²² Sendrail, M.; 1983:70)

²³ El autor solo parece hacer una llamada de atención sobre algo que de antiguo debe saberse, es más fácil escuchar que adivinar, aunque la gloria del diagnóstico, eleve el ojo del clínico a una forma de mito.

²⁴ Borrell, F. ; 1982:1

²⁵ Barlow, D.H.(1985), mencionado por Borrell, F. ; 1992: 2.

²⁶ Laín, P.; 1964:221.

²⁷ Donati, P. ; 1994:51-55

²⁸ Prolijo médico ensayista, Catedrático de Historia de la Medicina; su formación de base le lleva a expresiones corporativas como el hecho de que ante un error la culpa no es del médico, en todo caso de los que escribieron el libro de terapéutica; sus planteamientos de la pasividad del objeto (refiriéndose al paciente) y su conocimiento por una mente activa y cognoscente (la del médico por supuesto); y parte de la relación entre la mente del médico (activa por supuesto) y la realidad (que no mente) del paciente, aunque dotada de iniciativa y libertad, y a la postre intención, entre otras; creo que expresan bien esa política de defensa de grupo que se respira en sus obras y casi toda la literatura médica de su época.

²⁹ Laín, P., op. cit. pag. 16 .

³⁰ Para medir la salud de las poblaciones se utilizan indicadores (relaciones matemáticas entre eventos y población a riesgo, que se expresan en potencias de diez) de enfermedad y de muerte, (morbi-mortalidad)

sentido ³¹ ya que simplificando la cuestión, establecen que de los cuatro determinantes de la salud de las poblaciones, a saber: la biología humana, los estilos de vida, el medio ambiente y el sistema de cuidados, es éste último el que menos puede aportar a mejorar la salud de la población, y es sin embargo aquel en el cual se gastan la mayoría de esfuerzos de la comunidad.

Parece que a lo largo del siglo, con la complejización de los Sistemas (sus estructuras organizativas), ha dejado un poco obsoletos los conceptos de relación pura de persona a persona; hay autores que defienden que el médico ésta siendo lentamente "proletarizado" y que paralelamente se está colectivizando al paciente, en la figura del consumidor de masa (Mc Kinley, J.B. Y Rosen, G.); aunque hay que significar que siguen habiendo muchos que defienden la continuidad y significación de la relación médico – paciente (Freidson, E. y Mc. Dermott, W.) incluso en la Medicina pública y social ³².

Alguna aportación como la de Balandier merece ser traída a estas páginas como un punto de reflexión para los lectores de las mismas:

"... El sentimiento de dominio del cuerpo es reforzado por efecto de la medicación, ahora intensiva y socializada; los cuerpos se colocan bajo vigilancia; el paciente mantiene con el médico una relación ambivalente, tanto simbólica como imaginaria - éste tiene a su cargo dar confianza y sufrir el contragolpe de las pérdidas de confianza -, como profesional - el profesional de la Medicina - es visto bajo el aspecto de un ingeniero fisiologista capaz de recurrir a múltiples aparatos y a los más elaborados análisis" ³³.

No podríamos dar paso a la reflexión sobre la interacción en si, sin mencionar a Erving Goffman, no sólo por sus estudios de las interacciones reflejadas en su magnifico libro "Internados", donde analiza las relaciones entre internos-funcionarios (tanto paramédicos, como médicos) sino por el estudio de las propias instituciones totales, y creemos interesante traer aquí su definición de las mismas :

"Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente. " ³⁴.

La relación que se establece en las interacciones ³⁵ de estos actores - enfermo y médico - Blumer, H., la describe, así : " ... en el flujo de la vida social hay innumerables momentos [encuentros sociales] en los cuales los actores redefinen mutuamente sus actos" ... así ... "los participantes encajan mutuamente [en el cara a cara] , en primer lugar, identificando el acto social en el que se implican, en segundo lugar, interpretando y definiendo [cada uno de ellos] la contribución de los otros a la formación del acto total. El participante se orienta, tiene una llave [un código] para interpretar los actos de los demás y una guía para articular su acción con la de los otros " ³⁶; creemos que sigue siendo una "relación de poder", donde la posesión de la información y la consideración de ésta como propiedad de uno de los actores , el médico ; es un reflejo de ésta relación dialéctica de desigualdad, donde el "depositario de la información", es a la vez el único de los actores que a lo largo del tiempo tiene acceso permanente a la misma, y éste no es otro que el médico, mientras el otro ha de demandar la información existente sobre "su" vida; aunque legalmente esto no deba ser ³⁷.

La relación de poder existente, procede históricamente del ss. XVII y XVIII, con la aculturación y persecución de los saberes populares, y reforzada en el s. XIX, por el paso de una Medicina pública (a la vista) a la "secretización de la praxis en manos de una cofradía" ³⁸, que detenta ese monopolio y que está conformada por los médicos, y que con el paso del tiempo mediante éste secretismo se permitió ahondar las diferencias, colocando al especialista como único detentador del "conocimiento" y de la "única" verdad a la hora de curar, con una posición de poder absoluto sobre el enfermo (que ya no tiene elementos de comprensión ³⁹, y aupándose y afianzándose el especialista, en un estatus social elevado, a lo largo de los siglos XIX y XX.

Dentro de la búsqueda de referentes bibliográficos de la relación médico – enfermo en APS, entre los estudios de AM, que en nuestro país se han realizado, han sido impactantes algunos debido al contenido y su aportación, y otros además, por el momento en que se desarrollaron; entre estos últimos debo señalar a Kenny, M y su estudio titulado " Valores sociales y salud " ⁴⁰, un artículo interesante para cualquiera que proceda de

³¹ Piédrola, G. y cols. 1990: 8.

³² Donati, P. ; op. cit. pp. 52-55

³³ Balandier, G., 1988:274.

³⁴ Goffman, E. ; 1992:13.

³⁵ Los corchetes son añadidos por los autores.

³⁶ - Blumer, H.; 1982:49.

³⁷ Aunque en general esto ha mejorado en las dos últimas décadas gracias a la actitud y al esfuerzo de los facultativos, básicamente.

³⁸ Prat, J.; Pujadas, J. J.; y otros; 1980:43-68.

³⁹ La aculturación de los saberes populares, lleva a la población a esa falta de comprensión.

⁴⁰ Kenny, M.; de Miguel, J. M.;1980:69-82.

esa "clínica" próxima al ciudadano que es la atención primaria; y el artículo de Prat, J. y cols. denominado " *Sobre el contexto de enfermar*"⁴¹, que cuanto más lo leemos, más nos asombra la claridad de ideas.

Éste análisis de las fuentes bibliográficas, nos llevó a la conclusión de que se dispone de una bibliografía amplia sobre la relación médico – enfermo, en diferentes contextos y también de las expectativas de los actores; queremos destacar algunos retazos obtenidos de la misma por el interés, entre otras citas hemos elegido éstas:

*"Muchas pueden ser en su realidad factual las formas en que se realiza la relación entre el médico y el enfermo: la visita domiciliaria, el encuentro en un ambulatorio, la intervención quirúrgica, ..." , " llamo relación médico enfermo o, más sencillamente , relación médica, a la vinculación que entre ellos se establece por el hecho de haberse encontrado, uno como tal enfermo, otro como tal médico..." , tiene tres dimensiones ésta relación, a saber : " ... interhumana, relación de ayuda y relación técnica" , "... el modo ideal o canónico de la relación médica - la que se establece entre un médico con vocación de tal y tiempo suficiente y un enfermo con auténtica voluntad de curación, sin una mentalidad mágica o supersticiosa especialmente acusada y con alguna confianza en la capacidad técnica y en la persona que le atiende- ..." "*⁴².

*... "Las relaciones entre médicos y pacientes dependen de los valores y normas de la sociedad, también de las circunstancias particulares y las expectativas individuales"*⁴³.

*... "los médicos y los pacientes, incluso si ambos provienen del mismo entorno cultural, ven la enfermedad y la salud de diferente forma. Sus perspectivas se basan en diferentes premisas. ..." , "...El problema se origina en la comunicación entre médico y paciente en su entrevista clínica ..." "*⁴⁴.

La aportación clásica de Young, es decisiva a la hora de abordar el estudio de la enfermedad desde todos los puntos de observación:

*"La enfermedad (Sickness) no es un término vacío de contenido para referirse a la patología (Disease) y / o su percepción (Illness), se puede redefinir como el proceso a través del cual se da significado social a signos de desórdenes conductuales y biológicos, especialmente a los de origen patológico convirtiéndolo en síntomas y hechos socialmente significativos"*⁴⁵.

*Pero sorprendentemente, cuando cribamos las fuentes de información bibliográfica, en base a que se refirieran a la interacción que se produce en el contexto de la APS, las referencias bibliográficas, es decir, la documentación en suma sobre el tema parece no existir"*⁴⁶.

Las consultas son rituales de la cotidianeidad, pensemos con Maissoneuve, que nuestras relaciones de vecindad, trabajo o afinidad, familiares o sociales, están particularmente regidas, por un conjunto de reglas culturales que se llaman "urbanidad". Se trata de un código de conducta, que prescribe o que proscriba unos comportamientos determinados, verbales y corporales, que varían más o menos según las regiones y los países, pero que poseen todos ellos un valor simbólico, y que en el fondo mantienen el respeto por la persona de cada uno. Se trata pues, de una clase de ritual profano⁴⁷; y como dice Goffman, los rituales no son simples modelos consuetudinarios ni de rutinas carentes de sentidos:

"Los rituales cotidianos son medios de entrenar al individuo para controlar sus interacciones sociales"...

*"por una parte se le enseña a ´ definir ` un yo propio , y por otra a adoptar actitudes culturalmente correctas en los encuentros"*⁴⁸.

En éste proceso interactivo, debemos considerar dos partes: la primera, es una fase de la interacción que es dialógica, donde se produce un choque no visible, entre los valores de los dos actores de la interacción, en ella se produce una "negociación" pero no de tu a tu, dado que el poder lo tiene el médico (conocimientos, posibilidad de dar una baja laboral,...), él lo sabe y su cliente o enfermo también, en ésta interacción, hay pues, un nivel "macro" (que conforma el contexto) y lo forman las creencias y valores que sobre la enfermedad, los especialistas y sus estatus y roles,...etc., son comunes a toda esa sociedad (Sickness o forma como una cultura entiende o construye una enfermedad); y un nivel "micro" que es la propia interacción en donde se produce el choque entre discursos, que - pueden no ser tan diferentes- porque se dan en un mismo contexto, pero donde

⁴¹ Kenny, M.; de Miguel, J. M.;1980:43-68.

⁴² Laín, P. ; 1985: 343-357.

⁴³ Traducido por los autores de Hannay, D. R., 1988: 152.

⁴⁴ Traducido por los autores de Helman, C.,1994: 101.

⁴⁵ Young, A. , 1982:270 citado en Uribe, X. ; 1996:17.

⁴⁶ "... agradecimiento a los autores por haber llenado un hueco existente en la literatura..." Vuori, H. "Prólogo" en Martín Zurro, A.; Cano Perez, J.F. 1991:1-20.

⁴⁷ Maissoneuve, J. ; 1991:94

⁴⁸ Maissoneuve, J.; 1991:95.

uno de ellos (el del médico) se intentará imponer, bien silenciando el del paciente o bien "traduciéndolo"; y una segunda fase monológica, donde aparece un producto "visible" de la interacción como es la HAP, y sobre la que deberíamos plantearnos diferentes cuestiones: ¿Quién la crea?, ¿Cómo la crea?, ¿Cuándo la crea?, y por último, ¿Quién la maneja?.

3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

Es imprescindible acotar el objeto de estudio al modo que comentábamos de "una pregunta o preguntas lanzadas al aire" que obligan a la acción, introducirnos en ellas y en la micro - realidad social que nos preocupa (la interacción médico-paciente); ésta acción es pues *la etnografía, ese choque con los otros y su visión de la misma, nos llevará probablemente hacia una verdad, no a la verdad, y a un grado de certeza sobre quienes son los otros y quienes somos nosotros, dándose la paradoja que curiosamente ambos nos influiremos de tal forma, que dejaremos de ser -en parte- lo que éramos.*

Para nosotros desde la observación y la experiencia, consideramos que ésta relación (médico – paciente) está produciendo cada día más insatisfacción a los clientes, y también a los médicos, y por lo tanto puede y debe mejorarse; pero para ello debemos estudiar:

- observando de forma participativa, es decir haciéndose el etnógrafo visible, en la interacción, y
- analizando la comunicación entre los actores ^{49, 50},
- estudiando un producto de la misma, como es la HAP,
- pulsando la vivencia de la interacción ⁵¹, en los actores,
- conociendo la influencia de los contextos, grupal e institucional

Vamos a actuar con una actitud inusual con respecto a la que durante mucho tiempo ha sido la común en la Antropología y entre los antropólogos, nosotros no vamos a buscar lejos de nuestra propia cultura a los "otros" ⁵². Sino que en ésta Antropología aplicada - en éste caso al campo de la salud, la enfermedad y el sistema de cuidados - intentamos entrar en un ámbito de lo conocido ⁵³, donde el etnógrafo que realizará el trabajo de campo conoce el contexto y el lenguaje profesional de los sanitarios; donde culturalmente son unos "otros" muy próximos; por ello, la investigación implicará:

- **Aceptar nuestra subjetividad, no haciendo de ella un problema insalvable**, al respecto son esclarecedoras unas palabras del profesor Menéndez: " ... debe reconocerse que la necesidad de aplicación aparece comparativamente más legitimada y necesaria cuando se refiere al propio contexto de origen del antropólogo ..." ⁵⁴.
- **Controlar nuestra experiencia previa, y tamizarla**; como dice el mismo autor antes mencionado: "La indudable pérdida del distanciamiento antropológico que se produce al estudiar la propia cultura o sectores de ella en lugar de investigar una cultura ajena - y que no debe ser confundido con < objetividad > - es, a nuestro juicio, compensado por la posibilidad de aplicar una metodología que solemos denominar < del adentro y el afuera > ⁵⁵.

Decía Barley que "... no son datos lo que le falta a la Antropología, sino más bien algo inteligente que hacer con ellos, la justificación de un trabajo de campo, al igual que cualquier actividad académica, no reside en la contribución a la colectividad sino en una satisfacción egoísta ⁵⁶".

4. METODOLOGÍA

⁴⁹ La entrevista, que para nosotros adolece de una correcta "atención" del especialista al discurso del cliente, situación que muchas veces es aceptada como natural por el propio cliente, pero que puede implicar: que no se tome en cuenta su percepción del problema, que insistimos intenta transmitir con su discurso Bartoli. P. " Práctica médica y antropología : un encuentro posible" en la presentación del libro de Devillard, M.J.; Otegui, R. Y otros;1991:11, "el sentido que el individuo atribuye a sus propios deseos y acciones y que el profesional tiene que aprender a reconocer en todas las modalidades"

⁵⁰ Puede suceder que el discurso tanto no aparezca en el producto social de la entrevista, denominado HAP; o que su discurso sea "reorientado" o "traducido" hacia un campo o nivel más "científico" por el especialista (que se mueve con mayor seguridad en él), o que se le dé importancia, y por lo tanto esté presente en el producto de la interacción - la HAP- como tal (textual).

⁵¹ La relación entre el médico y el cliente; la vamos a plantear como una interacción, tal y como la consideraba Goffman, es decir como la influencia recíproca de un individuo sobre las acciones del otro, cuando ambos se encuentran en presencia física inmediata; y en la cual se produce

⁵² Los otros es un término que define a los sujetos objetivo de las investigaciones etnográficas, por contraposición con el nosotros que representa a los antropólogos y a los miembros de sus sociedades de origen.

⁵³ "... Evidentemente la ciencia ha sido precedida por la práctica, fuera esta empírica o mágica. Como dijo Comte, la ciencia nació de necesidades prácticas ..." mencionado por Bastide, R.;1972:7.

⁵⁴ Menéndez, E.;1999: 11.

⁵⁵ Menéndez, E.; 1999:11.

⁵⁶ Barley, N.; 1989:20.

El objetivo de cualquier investigación parece ser incrementar el arsenal de teorías o hipótesis refutadas o verificadas según la perspectiva del investigador, sin embargo desde nuestra perspectiva la tesis es un camino, una acción del investigador en busca de la verdad ⁵⁷ que no de una seguridad, que no tendrá nunca. En los antropólogos ese " salir al mundo " para a través de lo que sucede llegar a conocerlo, es en cierto modo una vanidad poco reflexiva, nosotros salimos al mundo para conocernos a través de la soledad y del enfrentamiento con los otros, así ejercemos la función del científico, el actuar, en definitiva el buscar la verdad de las cosas, pero para ello se necesita como dice Popper lanzar nuestros pensamientos como preguntas a ese mundo que nos rodea y que ni es el nuestro ni nunca lo será ⁵⁸, pero que deben ser contestadas para que podamos entender lo que pasa con ellas, llamémoslas hipótesis si así lo deseamos.

El antropólogo debe optar por un ejercicio (siempre la acción) de autocrítica, someter esos pensamientos o hipótesis a una revisión que nos permita desecharlos o aceptarlos como esa verdad legitimada precisamente por esa autocrítica, pero aún en el caso de aceptar esas hipótesis, debemos pensar que eso no quiere indicar que sea la única respuesta posible ⁵⁹.

Hay que señalar lo que consideramos un proceso de legitimación muy utilizado, no sólo por los antropólogos, que consiste en hablar de una manera frecuentemente incomprensible, pero que causa mucha sensación y que parece ser la esencia de la verificación científica, quizás porque como dice Popper hacen una identificación entre dificultad de comprensión y profundidad de pensamiento, o lo que es igual, la falacia de pensar que lo comprensible, es algo que carece de profundidad ⁶⁰; en contra de esa tendencia, en ésta investigación intentaremos hacer un esfuerzo para que sea comprensible tanto para los médicos como para los antropólogos, que al fin y al cabo son los representantes de las dos disciplinas entre las cuales se desarrolla ⁶¹.

Ésta fase de reflexión sobre la hipótesis o las hipótesis, pregunta o preguntas, que se traduce, generalmente, en pensamientos lúgubres sobre: si están bien expresadas,... si debemos hacer algo especial con ellas,... etc.; hace que entre estos pensamientos académicamente elevados, los tristes investigadores paseemos con nuestras hipótesis - un tanto cadavéricas - cual " Hamlets " atormentados. Por nuestra parte, intentando abandonar esa tristeza del "je ne sais quoi", nos propusimos transcribir de forma simple esas preguntas: ¿los centros de salud tienen estrategias parecidas a las de las Instituciones totales?; ¿la interacción médico enfermo responde a las características básicas de un ritual de transición?; ¿los médicos de APS saben - en general - cumplimentar y trabajar correctamente con las historias de atención primaria, que son básicas para un trabajo de calidad en Atención Primaria de Salud? , y ¿los médicos de Atención Primaria de Salud, en general, prestan la suficiente atención al discurso de los pacientes en las interacciones que tienen con ellos? ⁶².

Decidimos acotar como unidad de observación, la célula funcional de la APS, una institución que hemos denominado ya como Centro de Salud. y que a diferencia de los Módulos 0 y I (más pequeños), se brindan en él todos los programas de la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud (SAS) que dan lugar a historias clínicas ⁶³.

Las unidades de análisis las situamos alrededor del momento fundamental de la actuación sanitaria, la consulta médica, y las voy a enunciar y describir de la siguiente forma:

- El contexto institucional y los procedimientos de acceso a la consulta médica.
- Los escenarios, donde tienen lugar las consultas o interacciones entre el médico y el enfermo, sean del tipo que sean.
- Un hecho social, como era la propia interacción ⁶⁴ entre médico y paciente en las consultas de los CS; y cuya observación me permitiría investigar sobre la interacción como un proceso comunicativo en esencia, en el que participan - al menos - dos actores (médico y paciente).

Inicialmente para la observación preferíamos las consultas programadas, pues al parecer era en éste tipo de consultas - como ya hemos mencionado - donde se producía un mayor tiempo de exposición cara a

⁵⁷ Dice la Dra. Irene Papadaki, que ya Heráclito "situaba el problema de la verdad como piedra angular de toda la problemática del conocimiento. Ello le condujo a ser el primero en desconfiar de la percepción sensorial y a afirmar categóricamente que, si queremos encontrar algo, nuestro deber es convertirnos en buscadores activos" en Popper, K.; Lorenz, K.; 2000:108.

⁵⁸ De la misma forma que ese estrecho contacto con los otros, hará que nosotros ya nunca seamos lo que éramos., ni ellos tampoco.

⁵⁹ Esta perspectiva nos obliga a definir o formular las ideas de una forma lo más precisa posible, y a ser autocrítico con ellas.

⁶⁰ Dice Popper de Hegel, que " fue un gran filósofo por el hecho de emplear grandes palabras" y no es el único, podíamos señalar a Fichte, de la obra del cual, Kant decía que era "una mamarrachada miserable" (Popper, K.; 2000:141).

⁶¹ Y en definitiva como dice Geertz nuestro público.

⁶² En definitiva, no escuchar lo traducimos por no prestar atención al padecimiento del paciente, en definitiva a la forma en que vive y sufre su enfermedad (illness).

⁶³ En los módulos más pequeños, sólo se realizan en sus instalaciones parte de los servicios de la mencionada cartera.

⁶⁴ De Heusch, L.; 1973:283. Se considera la entrevista como inicio de la relación terapéutica, más aún como parte del tratamiento desde estas perspectivas, así "...no pocos aspectos de los sistemas mágico religiosos arcaicos, representan una respuesta a la alienación del espíritu como a la del cuerpo".

cara de los sujetos (médico y cliente), y por lo tanto podría surgir también en mayor medida ese producto social llamado HAP; pero al utilizar los médicos las consultas a demanda también para la apertura de HAP, ésta certeza esfumó nuestra creencia inicial⁶⁵.

Algunos aspectos a observar en las interacciones, eran: la negociación que como en un ritual cotidiano, se producía en las consultas de los médicos generales o de familia, entre ellos y los clientes; la representación que de sus papeles y de sus objetivos evidentes o manifiestos realizaban ambos; el poder o la autoridad que parecía que emanaba del especialista y que era culturalmente aceptado por el otro; y por último, establecer si existían diferencias a nivel de rituales, entre las consultas a demanda, y las de programas y programadas.

Las técnicas utilizadas:

La observación participante. Sobre el objeto de la observación, ésta información les fue sesgada a los médicos para que no tuvieran claro el objetivo u objetivos de la observación, dado que su conocimiento podía producir una alteración de las conductas, así:

*. En la fase exploratoria fabricamos una guía de observación de la exploración, que fue corregida para la segunda fase, y en la que especificaba “hacia donde observar”, así: el saludo, (deferencia, quien inicia, posiciones, tipo y denota diferencia de estatus); el diálogo, su existencia o no, si se imponía alguno y cuál, los tiempos de cada uno de los actores, y si se utilizan los recursos seguros (safe supplies); el acceso del paciente, concretándolo en el saludo, y la reserva de conversación; la reivindicación del espacio personal, y las infracciones (la incursión, la intrusión); el recinto o escenario, el espacio de uso, la existencia de objetos personales (batas, taquillas,...); la representación, que sucedía ante nosotros; los factores que denotarán aspectos de contaminación tanto física como discursiva; la despedida, enfatizando en los aspectos de deferencia y explicación; y lo ausente.

Los análisis de documentos oficiales. Ante todo debemos indicar que calificamos tanto la HAP, como *el Manual de la Junta de Andalucía sobre la HAP*, como documentos oficiales, ya que tal como expresan Del Rincón y otros⁶⁶: “En general por documentos oficiales se entiende toda clase de documentos, registros y materiales oficiales y públicos disponibles como fuente de información”⁶⁷.

La Técnica de Grupo Nominal (TGN). Es una de las técnicas en las que se pretende una búsqueda de consenso entre los participantes, que se considera que tienen la información y la experiencia que se precisa, pero que están naturalmente influidos a su vez por sus sesgos personales⁶⁸; en ella no se permite la interacción, pero si el conocimiento de la información que aportan los demás.

Las entrevistas. Son unas técnicas de las más utilizadas en las investigaciones sociales, ya que es la única forma de acceder a los valores, percepciones y creencias de los entrevistados, podría servirnos de definición –entre las muchas existentes - la citada por Del Rincón y otros para la entrevista: “un intercambio verbal, cara a cara, entre dos o más personas, una de las cuales, el entrevistador, intenta obtener información o manifestaciones de opiniones o creencias de la otra u otras personas”⁶⁹; para Sandin⁷⁰ las características comunes, destacables de las entrevistas, pueden ser: se produce una comunicación verbal, existe un cierto grado de estructuración, su finalidad es específica, la situación es de asimetría entre entrevistador y entrevistado, es un proceso bidireccional, y los participantes adquieren unos roles específicos.

Las conversaciones no – formales. Las utilizamos para conocer los flujos de los documentos llamados HAP, en definitiva el funcionamiento de la institución con respecto a las HAP, los flujos que seguían esas HAP, diferenciando el ciclo inicial de la HAP, y el ciclo diario o cotidiano, recurrí a la entrevista no estructurada con algunos miembros del Servicio de Información que son los depositarios de las HAP (encargados del Archivo de HAP existente en el Centro), y cuyos profesionales son básicamente celadores y auxiliares administrativos, a los que dada la dificultad de realizar la búsqueda de información en su lugar de trabajo, me decidí por entrevistarlos de forma individual e informal, en dos de los lugares de encuentro: en el archivo y en la sala habilitada como cafetería y comedor⁷¹. Éstas entrevistas (resúmenes de ellas) eran anotadas en nuestro diario de campo.

La técnica de indicadores. Muy utilizada en planificación sanitaria nos permitió estudiar la población que habita en la zona básica de salud y cuya salud es responsabilidad del Equipo Básico de Atención Primaria, pudiendo de ésta forma contextualizar el Centro de Salud en la comunidad. La técnica compila datos procedentes de fuentes sanitarias como la del *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA)*, demográficas como los

⁶⁵..: “No es el individuo el que constituye la unidad elemental de la investigación, sino la situación”. Joseph, I.; 1999:13.

⁶⁶ Del Rincón y otros 1995:345, citando a Taylor, J.y Bogdam, R.

⁶⁷ Taylor, J.; Bogdam, R.; 1986:149, mencionado por Del Rincón y otros; 1995:345.

⁶⁸ Valores, creencias y prácticas, podríamos decir.

⁶⁹ Del Rincón y otros; 1995:307.

⁷⁰ Mencionado por Del Rincón y otros 1995:307.

⁷¹ Del Rincón, D.; Arnal, J. y otros; 1995:312-313.

censos o padrones u otras ⁷², que no tienen ninguna relación directa; tratan los datos relacionando hechos o situaciones, matemáticamente, con la población en la que suceden, de forma que ésta relación se puede expresar habitualmente en porcentajes, tasas e índices.

El análisis de la coherencia interfrástica. La coherencia en los discursos del personal del EBAP, en el caso de los médicos y por su importancia real y directa para el estudio, serían analizados buscando las posibles contradicciones dentro del propio discurso; también entre las entrevistas y las charlas del investigador con ellos en los otros lugares de interacción, así como por la contrastación del discurso con las actitudes que adoptaban cuando –sobre todo– no se sentían observados.

La participación. La participación pretendida de los componentes del EBAP y particularmente de los médicos, sería estimulada mediante diversas reuniones con los médicos, también mediante la aplicación de técnicas con otros funcionarios, y la disposición a la participación del etnógrafo en tareas de formación y / o investigación.

5. ETNOGRAFÍA.

Debemos insistir, para una mejor comprensión de los hallazgos que vamos a presentar, que Investigar para los científicos sociales, como los antropólogos, es una acción encaminada al conocimiento o aprehensión de la realidad social o de algún aspecto de ella; en la investigación se "siguen unos pasos lógicos y sistemáticos que permiten comprobar la veracidad de una serie de afirmaciones" que se realizan apriorísticamente sobre esa realidad social.

En cuanto al tipo de relación entre observaciones, variables, ... existen dos posiciones una que podíamos denominar cuantitativa y otra cualitativa, la primera procede dentro de la Sociología de la perspectiva durkheimiana, y al respecto dice Wallace que "la comprobación estadística provee las reglas más 'más objetivas', más rigurosas, y más razonables" para medir las relaciones; en definitiva podíamos decir que se pretende convertir lo observado en relaciones matemáticas; y la segunda adoptada por nosotros, es la de autores como Max Weber, que sostienen que no es la única forma de estudiar la realidad social, y se centran en el estudio de la acción social.

Evidentemente una postura investigadora implica un posicionamiento personal, por ello nos hemos decidido por los estudios de caso/s método que no es nuevo, sino de amplia tradición sociológica⁷³; es por ello que nos situamos en una posición exploratoria dentro del Universo de casos (el total de los CS de nuestra comunidad autónoma); entendiendo que un caso es un objeto de estudio que se analiza en su contexto, que puede tener unos límites difusos y que consideramos que puede ser relevante per se, o por su ayuda a establecer, contrastar o refutar hipótesis; un caso puede ser "una persona, una familia, una organización ... cualquier objeto de naturaleza social puede *construirse* como un caso",.

Existen casos que tomamos como genéricos o ejemplares, porque ilustran acerca de la característica que se encuentra en otros casos y que al los investigadores les interesa estudiar⁷⁴; porque les permite conocer mejor la población de casos similares; como decíamos éste caso genérico suele mantener una lógica de representatividad respecto a una población que previamente se ha definido (los CS andaluces), el caso representa a una población dada y es un caso que podíamos denominar típico, *no estadísticamente sino analíticamente*, ya que el caso supone una situación ideal de aproximación.

La presente investigación que fue diseñada a lo largo de dos años, se iba a desarrollar a nivel de trabajo de campo (etnografía), en una sola etapa de inmersión del etnógrafo en un CS; para ello inicialmente establecimos un tiempo máximo de un año que nos pareció prudencial para dicha actividad. Aunque como suele suceder, los cronogramas son un recordatorio para los investigadores de las fechas incumplidas. La sugerencia de uno de los más famosos especialistas en AM del mundo, el Dr. Eduardo Menéndez del CIESAS (México), de que hiciéramos, previamente, una entrada en el campo (CS) de forma exploratoria, para evitar esas impresiones previas, y esos pre – juicios que procedentes de nuestra experiencia y enculturación tenemos, que fue el inicio de un mar de incumplimientos temporales.

⁷² En un estudio sobre un barrio donde la población no se empadronaba, y a efectos de conocer su número, se estimó por las toneladas de basura promedio recogidas por los camiones, relacionándolo con los kilogramos promedio de basura producidos por un habitante urbano.

⁷³ No pretendemos con esto deificar los métodos cualitativos y denostar los cuantitativos, sino seguir una tradición investigadora que iniciaron algunos padres de la Sociología y que logró la consolidación de la disciplina, entre ellos recordar a: Emile Durkheim y su estudio en los Aruntas publicado como "Las formas elementales de la vida religiosa", donde como dice Coller "los Arunta se convierten en un caso estratégico, básico y único" ... "Es más este caso le sirve a Durkheim no sólo para estudiar la Religión. Las conclusiones del estudio de los Arunta sirven para ser aplicadas a la sociedad moderna en la que vive el autor; y a Max Weber y su estudio titulado "La ética protestante y el espíritu del capitalismo" subtítulo "un estudio de caso de Calvino, su secta en Ginebra, y la difusión de sus ideas de salvación"

⁷⁴ Coller, X.; 2.000:35.

La complejidad de los materiales encontrados no puede desarrollarse en estas carillas, como pueden suponer, así: las observaciones, las transcripciones, el análisis de las HAP,...etcétera.

6. CONCLUSIONES.

A lo largo del discurrir proyecto de investigación, podemos decir que han surgido diferentes tipos de datos que hemos ido transformando en información, y que la triangulación de la misma o si se prefiere la contrastación de las informaciones provenientes de diversas técnicas y / o informantes, así como de la observación participante, nos han llevado a aproximarnos a lo que sucedía allí y en aquel momento con respecto al norte investigador, que no es otro que nuestras hipótesis. Decimos esto porque creemos que: hemos llegado a *un grado sobre la verdad de lo que sucede*; y aunque nuestras explicaciones como diría Popper no son las únicas posibles, y por lo tanto no tendremos siquiera esa certeza, deben salir de nosotros para que otros las puedan leer, contrastar y si pueden, refutar.

Siendo este nuestro enésimo intento por explicar: no ya el cambio sucedido en nosotros, en un contacto con los "otros", que no por ser "diseñado", puede uno controlar mejor; ni de esa visión que hemos adquirido de un mundo - al parecer - conocido, que a la luz de la etnografía hemos visto como se desmorona, sintiendo unas certezas que se esfuman y a la vez hacen su aparición otras que nunca habían sido tenidas en cuenta; y tampoco de las frustraciones que con el tiempo - que actúa como un bálsamo - han reducido su magnitud, que no borrado, la quemazón de las heridas recibidas; no queremos insistir en esto, sino hablar de lo hallado y lo observado en relación con aquellas preguntas que fundamentaban este trabajo.

Así nos volvemos hacia el teclado del ordenador para dar un poco de coherencia a un discurso, a unas ideas que brotan por salir, que se arremolinan en nuestros cerebros y asaetean nuestros dedos, y por ello debemos - de nuevo - extrañarnos (alejarnos) para poder "controlar" en la medida de lo posible la subjetividad, nuestros valores y creencias, para que las conclusiones que siempre llevarán algo de nosotros, algo de esos otros con los que hemos convivido, y algo de los que me leen (se escribe para un público decía Geertz), sean eso, conclusiones sobre aquellas preguntas al aire, es decir solo conclusiones.

Primera. Las consultas son rituales cotidianos, en los que el cliente – acepta – esa pequeña dosis de sacralidad, que resta, en las interacciones médico – paciente.

Segunda. Los médicos participan de creencias y valores diferentes, en parte, de los de sus pacientes. Existe una falta de coincidencia en los universos simbólicos de médicos y pacientes, que va a afectar al plano de la comprensión de la enfermedad .

Tercera. La interacción sigue siendo vista por los actores, como el choque entre dos sujetos que culturalmente están situados en dos estatus bien diferenciados, el especialista con un estatus social y culturalmente superior, y el cliente con un estatus - que culturalmente tiene bien asumido como inferior

Cuarta. Aunque los centros de salud *no son instituciones totales* en "estrictu sensum" *si poseen algunas de sus características*: realizan regularmente determinada actividad; se crea un mundo propio de los profesionales, que adecúan la institución a sus representaciones de lo que es o debe ser...; existen normas fijadas y poco explicitadas; y un gran número de personas (los clientes) son manejados por un pequeño grupo de funcionarios (personal del centro).

Quinta. Aunque se puede producir una invisibilidad del cliente, no se le mira o no se le saluda, en el CS Norte, he observado que esta actitud no es habitual, si en cambio se produce un control del acceso al médico, amen de coadyuvar a la despersonalización al *convertir al cliente* en un número.

Sexta. Los médicos, en general - no aceptan las normas empresariales, y se resisten a aceptar una imagen del médico como trabajador por cuenta ajena, ya que si aceptaran esta visión empresarial implicaría la aceptación de normas y objetivos empresariales; entre ellos el trabajo *realmente* en equipo.

Séptima. Existe una resistencia de los médicos de APS a que se "controle" su actividad, y digo control porque esa es la *traducción* que hacen a la presencia de cualquier investigador, y añadiríamos, sin temor a equivocarnos, de cualquier observador en lo que ellos consideran su escenario (consulta).

Octava. La HAP se abre – hoy en día – como una obligación empresarial, que permite, un mejor control de la actividad y el gasto farmacéutico; su aportación primigenia a una mejor atención, se ha perdido, ya que no se le dedica – en general – el tiempo necesario. La elaboración, por qué no decirlo artesanal, de las HAP se diferenciaba no sólo en aspectos técnicos, parecía un reto a la capacidad del médico para: empatizar, entrevistar, observar, explorar y describir.

Novena. Algunos médicos, no conocen los documentos que componen la historia personal y / o no le prestan la debida atención; así la hoja de problemas, base de la estrategia de atención en APS, sólo se cumplimenta en un 5,6 % de las historias.

Décima. Sobre el hecho de que no se presta la debida atención a lo que dice el paciente, lo cual es algo ciertamente patológico en los sistemas sanitarios, como ya hemos visto a lo largo del estudio, parece

responder, entre otras, a una reacción (cultural) ante una posible "contaminación" procedente del lenguaje del lego, que puede afectar al especialista, el cual se protege de dicha contaminación. Tampoco podemos descartar la dificultad de atender adecuadamente a los pacientes, relacionada con la presión asistencial, que impediría dedicarles el tiempo necesario.

Décimoprimer. Se le dedica más tiempo al discurso del paciente en las primeras visitas programadas. En el 23 % de las historias estudiadas se recoge y tan sólo en el 7% de ellas textualmente.

Decimosegunda. Creemos que el diálogo no es tal, ya que en su mayor parte la comunicación que se establece es una sucesión de preguntas y respuestas; la diferencia con un diálogo, reside para nosotros, en el hecho de que el cliente no puede articular un discurso sobre su proceso salud / enfermedad, de la misma forma como él construye la realidad en cualquier otro campo.

7. BIBLIOGRAFÍA.

- AGUIRRE, A. Y COLS. (1993). "Diccionario temático de Antropología". Ed. Boixareu Universitaria, Barcelona.
- AGUIRRE, A. (Ed.). (1997). "Cultura e identidad cultural". Barcelona. Ediciones Bardenas.
- ACKERKNECHT, E.H. (1985). "Medicina y Antropología Social". Madrid. Ed. Akal.
- AGUIRRE, G. (1994). "La Antropología médica". México. Fondo de Cultura Económica.
- ALFONSO, M.T.; ALVAREZ - DARDET, C. (1997). "Salud Pública y Atención Primaria". Barcelona. Ed. Masson.
- ARAGÓ, I. (1991) "Historia Clínica". Revista Jano ; Nº 947; pp: 1839-1946
- ARJONA , A. (1989). "Introducción a la Medicina árabe andaluza . Siglos VIII - XV " . Ed. Antonio Arjona. Córdoba
- AUGÉ, M. (1998). "Hacia una Antropología de los mundos contemporáneos". Barcelona. Ed. Gedisa.
- BALANDIER, G. (1988). "Modernidad y poder. El desvío antropológico". Barcelona. Ed. Jucar Universidad.
- BALANDIER, G. (1969). "Antropología política". Barcelona. Ed. Península.
- BAMONDE, L. ; GARNELO, L; Y COLS. (1987) . "Sistema de atención pediátrico: Modelo de historia clínica". Anales Españoles de Pediatría. 27, 1 (7-10).
- BARBRO DAHLGREN (Comp.). (1993) . " III Coloquio de Historia de la Religión en Mesoamérica y áreas afines ". México. Instituto de Investigaciones Antropológicas.
- BASTIDE, R. (1972). "Antropología Aplicada". Buenos Aires. Ed. Amorrortu.
- BEATTIE, J. (1972) . "Otras culturas". México. Fondo de Cultura Económica.
- BELLON,J.; HERNANDO, I. ; TABOADA, P. 1993 . " Factores asociados a la cumplimentación del registro estático en la Historia clínica de atención primaria". Revista Atención Primaria. Vol. 12, Nº 5.
- BENENSON, A. (Ed.). (1997). "Manual para el control de enfermedades transmisibles". Washington. O.P.S.
- BERICAT, E. (1998) . " La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social ". Barcelona. Ariel Sociología.
- BERNALTE, A.; BORJA, D.; ILUNDAÍN, E.; LLACER, B. (2000) . " Enfermeros y Antropólogos. Cuatro itinerarios iniciáticos ". Murcia. María Teresa Miret García Editora.
- BERNALTE, A. ; MIRET, M.T. (2000). "La estructura real de las Historias de Atención Primaria". Revista Enfermería Científica. Nº 214-215. Enero – Febrero.
- BERNALTE, A.; MIRET, M.T. (2000). "Antropología y etnografía. Materiales de apoyo para un curso introductorio". Murcia. Ed. María Teresa Miret García
- BERNALTE, A.; MIRET, M.T. (2001). "Apuntes para una reflexión en Antropología de la Salud y la Enfermedad". Cádiz (inédito).
- BERNALTE, A. ; FERNÁNDEZ, R. Y COLS. (1997) " Enfermería en Atención Primaria ". El Puerto de santa María. Servicio Andaluz de Salud.
- BERNALTE, A. ; LAFLORE, M.V. (1993). " Diseño de una Unidad de I+D para distritos de Atención Primaria" . Revista Enfermería Científica. Nº 132. Marzo.
- BERNALTE, A. ; LAFLORE, M.V. (1991). " Desarrollo de la Atención de Enfermería en los Distritos de Atención Primaria" . Revista Enfermería Científica. Nº 112-113. Julio- Agosto.
- BERNALTE, A. ; LAFLORE, M.V. (1996). " ¿ Solo trabajan los médicos? ". Revista Enfermería Científica. Nº 174 – 175. Setiembre – Octubre.
- BERNALTE, A. ; LAFLORE, M.V. Y COLS. (1997). "La reforma sanitaria. La respuesta a las nuevas necesidades por parte de los ambulatorios del distrito Cádiz" . Revista Enfermería Científica. Nº 186 - 187. Setiembre – Octubre.
- BLUMER, H. (1982). "El interaccionismo simbólico". Barcelona. Ed. Hora.
- BONFILL, X. (1991). " Epidemiología e información clínicas ". Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Cuadernos de Salud. Nº 3. Vitoria.
- BONTE, P.; IZARD, M. (1996). " Diccionario Akal de Etnología y Antropología ". Madrid. Ediciones

Akal S.A.

BORRELL, F. (1992). "Manual de entrevista clínica para la APS". Barcelona. Ediciones Doyma.

BORRELL, F.; ESTEBAN, A. Y COLS. (1985). "Análisis de la calidad de la historia clínica de atención primaria". Revista de Atención Primaria. Vol. II. Num. 1

BORRELL, F.; CEBRIÁ, J., (1999). "Relación asistencial y modelo biosicosocial", en MARTIN ZURRO, A.; CANO PEREZ, J.F. (1999). "Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica". Ed. Harcourt Brace. Madrid

BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J.C.; PASSERON, J.C. (1994). "El oficio de sociólogo". Madrid. Ed. Siglo XXI.

BRAVO, F.; DE MIGUEL, J.M. Y OTROS. (1979). "Sociología de los ambulatorios". Barcelona. Ed. Ariel

BRIONES, R. "Creencias y salud: curanderos y prácticas sanatorias"., en BECERRA, S. (Coord.) "Religión y cultura" Vol. Nº 1. Sevilla. Consejería de Cultura - Fundación Machado.

BUCK, C.; LLOPIS, A. Y OTROS. (1988). "Los desafíos de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas". OPS. Washington; tomado de "Memorias de la historia natural y médica de Asturias", reimpresas y anotadas BUYLLA Y ALEGRE, A.; SARANDESES Y ALVAREZ, R. (1900). Escuela tipográfica del hospicio. Oviedo.

BUXÓ, Mª J.; (1983). "Antropología lingüística". Cuadernos de Antropología Nº 3. Ed. Anthropos.

CABAÑAS, M.J.; IZAGUIRRE, C. Y COLS. (1990). "Control de calidad en el proceso de atención de salud del lactante". Anales Españoles de Pediatría, 33, 2 (106-112)

CAMPOS, R. (Comp.). (1992). "La Antropología médica en México". (Tomo 1). México. Ed. Universidad Autónoma Metropolitana.

CAMPOS, R. (Comp.). (1992). "La Antropología médica en México". (Tomo 2). México. Ed. Universidad Autónoma Metropolitana.

CANALS, J.; ROMANÍ, O. "Médicos, Medicina y Medicinas: del sacerdocio al marketing". Archipiélago 25

CANTÓN, M. (2001). "La razón hechizada". Ed. Ariel Antropología. Barcelona.

CASAJOANA, F. J. (1994). "Organización del trabajo en los Equipos de Atención Primaria". Barcelona. Ediciones Doyma.

CASAL, G. (1988). "Historia natural, y médica de el Principado de Asturias". Edición Facsimil del texto de 1762. Oviedo. Consejería de Cultura. Principado de Asturias.

CICOUREL, A.V. "The Social Organization of Juvenile Justice", Londres, Heineman, 1976 citado por Hammersley Atkinson en "Etnografía". Barcelona, Ed. Paidós, 1994.

CICOUREL, A.V. (1982) "El método y la medida en Sociología". Madrid. Editora Nacional.

COE, R. M. (1989). "Sociología de la Medicina". Madrid. Alianza Editorial.

COLLINS, R., (1996). "Cuatro tradiciones sociológicas". México. Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa..

COMELLES, J.M.; MARTINEZ, A. (1993). "Enfermedad, Cultura y Sociedad". Madrid. Ed. Eudema.

COMELLES, J.M. (1988) "Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales" en "Trabajo social y Salud". Zaragoza. Asociación de Trabajo Social y Salud.

COMELLES, J.M. (1988). "APS: el difícil maridaje entre atención integral y atención institucional" en "Trabajo social y Salud". Zaragoza. Asociación de Trabajo Social y Salud.

COMELLES, J.Mª. (1995). "La sacralización de la práctica hospitalaria" en BARONA, J.L. (editor) "Malaltia y Cultura". Valencia. Trobades, Seminari d'Estudis sobre la Ciència.

CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES. (1989). "Compendio de Legislación Sanitaria Andaluza". Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Andalucía, Sevilla.

CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES. (1989). "Mapa de Atención Primaria de Andalucía". Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Andalucía, Sevilla.

CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES. (1990). "Guía para la salud infantil". Sevilla. Edita SAS.

COOK, T.D.; REICHARDT, CS (1986). "Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa". Madrid. Ed. Morata.

COZO, R.; CHICO, G. Y OTROS. (1988) "Algeciras". Colección "Los pueblos de la provincia de Cádiz. Cádiz. Excm. Diputación de Cádiz.

DAVIS, J. (1983). "Antropología de las sociedades mediterráneas". Barcelona. Ed. Anagrama. 1983

DE HEUSCH, L. (1973). "Estructura y praxis". Madrid. Ed. Siglo XXI.

DE PEDRIQUE, L. (1978). "Magia y Medicina en lagunillas". Grafindustrial Aragua, S.R.L.. Maracay. Estado de Aragua. Venezuela

- DELBECQ, L.; VAN DE VEN, A.; GUSTAFSON, D. (1989). "Técnicas grupales de planeación". México. Ed. Trillas.
- DEL RINCÓN, D.; ARNAL, J. Y OTROS. (1995). "Técnicas de investigación en Ciencias Sociales". Madrid. Ed. Dykinson.
- DEVER, G.E.A. (1980). "Community Health Analysis. A Holistic Approach". Germantown (Maryland). Aspen Systems Corporation.
- DOMENECH, J.M. (1980). "Bioestadística. Métodos estadísticos para investigadores". Barcelona. Ed. Herder.
- DONATI, P. (1994). "Manual de Sociología de la salud". Madrid. Ed. Diaz de Santos.
- DOUGLAS, M. (1998). "Estilos de pensar". Barcelona. Ed. Gedisa.
- DUBINI, O. (coord.), (1984). "Los servicios asistenciales y sociales en Atención Primaria". Buenos Aires. Ed. Humanitas. Buenos Aires
- DUFOUR, M. (1998). "Cuentos para crecer y curar". Málaga. Editorial Sirio S.A.
- DURKHEIM, E. (1992). "Las formas elementales de vida religiosa". Madrid. Ed. AKAL. (Estudio preliminar Ramón Ramos).
- DURANTI, A. (2000). "Antropología Lingüística". Madrid. Ed. Cambridge University Press.
- ECO, H. (1996). "Como se hace una tesis". Barcelona. Ed. Gedisa.
- ESTEVA, C. (1978). "Cultura, sociedad y personalidad". Barcelona. Ed. Anthropos.
- EVANS-PRITCHARD, E. (1997). "Brujería, magia y oráculos entre los Azande". Barcelona. Ed. Anagrama.
- FABREGA, H. (1972). "Medical Anthropology", Biennial Review of Anthropology. Nº 3.
- FAIRCLOUGH, N. ; WODAK, R. (2000). "Análisis crítico del discurso" en VAN DIJK, T. "El discurso como interacción social". Barcelona. Ed. Gedisa.
- FEBERERO, E.; BERNALTE, A. Y OTROS. (1993). "Auditor: un método de auditoria operativa para CS". Revista Enfermería Científica. Nº 139- Octubre .
- FERNÁNDEZ, M.C.; TÚÑEZ, M.C. Y OTROS. (1993). "La Atención Primaria médica. La visión médica". Rev. Jano 5-11. VOL. LV. Nº 1058.
- FERNÁNDEZ RUFETE, J. (1999). "Manual de Procesos cognitivos y representaciones simbólicas". Murcia. UCAM.
- FIGINI, H. (1998). "Análisis crítico de la Atención Médica"; en MAGLIO; F., FIGINI, H. Y otros. (1998). "Fundamentación y contenido de la Medicina Antropológica". Buenos Aires. Sociedad Argentina de Antropología Médica y Medicina Antropológica
- FINKLER, K. (1992). "El cuidado de la Salud: un problema de relaciones de poder" en CAMPOS, R. (Comp.) "La Antropología médica en México". México. Universidad Autónoma Metropolitana. (Tomo 2).
- FOX, N.F. , (1993). "Postmodernism, Sociology and Health". Buckingam. Oxford University Press.
- GARCÍA, J.L. (1985). "Enfermedad y cultura". Rev. Jano. Enero 1985 Nº. 643
- GARCÍA, J.L.; VELASCO, H. Y COLS. (1991). "Rituales y proceso social". Madrid. Ministerio de Cultura.
- GARCÍA - FOGEDA, M. (2000). "La Universidad Pontificia de Comillas". Comillas (Santander). Gráficas Alberdi.
- GARCÍA, C. ; GOZÁLEZ, M.C. Y COLS. (1988). "Evaluación del grado de cumplimiento y accesibilidad de los datos en la historia clínica de atención primaria". Revista Atención Primaria. Vol. 5, Num. 4. Abril.
- GARCÍA, M.; RUIZ DE ADANA, R. Y COLS. (1992). "Grado de cumplimiento de la HAP de un área sanitaria". Medifarma. Vol. 2. Núm. 4. Octubre - Diciembre (209-217).
- GENÉ, J. ; JIMÉNEZ, J. Y OTROS, (1999) . "Historia clínica y sistemas de información". En MARTIN ZURRO, A.; CANO PEREZ, J.F. (1999). "Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica". Madrid. Ed. Harcourt Brace.
- GEERTZ, C. (1989). "El antropólogo como autor". Barcelona. Ed. Paidós.
- GIOPELLINA, F. (1997). "La metáfora rota". Cádiz. Servicio de publicaciones de la Universidad de Cádiz..
- GIRAUD, P. (1988). "La semántica". México. Fondo de Cultura Económica. 1988
- GOFFMAN, E. (1953). "Communication Conduct in an Island Community, A Dissertation submitted to the Faculty of the Division of the Social Sciences in Candidacy for the Degree of Doctor of Philosophy". Departamento de Sociología. Universidad de Chicago; mencionado por WINKIN, Y. (1991), "Los momentos y sus hombres". Ed. Paidós, Barcelona.
- GOFFMAN, E. (1974), "Les Rites d'interaction". Paris. Ed. Minuit; mencionado por WINKIN, Y. (1991), "Los momentos y sus hombres". Ed. Paidós, Barcelona.
- GOFFMAN, E. (1994). "La presentación de la persona en la vida cotidiana". Amorrortu Editores. Buenos Aires,
- GOFFMAN, E. (1979). "Relaciones en público. Microestudios de orden público". Madrid. Alianza Editorial.
- GOFFMAN, E. (1992). "Internados". Buenos Aires. Amorrortu Editores.
- GOL, J.; RIS, H. Y COLS. (1986). "Hacia la historia clínica integrada : la historia clínica para la APS de cataluña". Todo Hospital/ 24 : 17-24. Marzo

- GÓMEZ, E. (1997). " Cultura y sociedad " en AGUIRRE, A (Ed.) "Cultura e identidad cultural" . Barcelona. Ed. Bardenas.
- GÓMEZ, L. I. ; PINEDO, A.; FERNANDEZ-CREHUET, R. (1991). "Niveles de atención sanitaria: APS". en GONZALEZ DE ZÁRATE, P. "La información y la comunicación médica como una necesidad de la práctica médica de nuestros días". Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Cuadernos de Salud. Nº 3. Vitoria.
- GONDAR, M. (1993). " Salud para quién? Una reflexión sobre la asistencia sanitaria en Galicia? ". Rev. Jano. Vol. XLV. Nº. 1058
- GONZÁLEZ, A. Y OTROS (comp.). (1989). " La investigación – acción en ciencias sociales ". Murcia. Ed. Cossio.
- GONZÁLEZ, E. " Una entrevista clínica en Galicia " . Rev. Jano . Vol. XLV. Nº. 1058
- GONZALEZ DE ZARATE, P. (1991). "La información y la comunicación médica como una necesidad en la práctica clínica de nuestros días". Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, Cuadernos de Salud, nº 3. Vitoria, 1991.
- GOOD, B. (1998). "Comment faire de l'antropologie médicale ». Le plessis – Robinson. Institut Synthélabo.
- GRANERO, XAVIER; MALLART, LLUIS; y cols. (1984). "Antropología i Salut" .Barcelona. Fundació Caixa de Pensions.
- GREENWOOD, (1984) . "Medicina intervencionista vs. Medicina naturista: historia antropológica de una pugna ideológica " . Revista Arxiu d'Etnografia de Catalunya. , Vol. Nº 3, pp. 57-81
- GUASCH, O. (1970). " La observación participante " . (Cuadernos metodológicos nº 20) CIS, Madrid .
- HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. (1994). " Etnografía " , Barcelona, Ed. Paidós.
- HANNAY, D.R. (1988). " Lecture Notes on Medical Sociology " . Oxford. Blackwell Scientific Publications.
- HARRIS, M. (1998). "Introducción a la Antropología General". Madrid. Alianza Editorial
- HELMAN, C.G. (1994). " Culture, Health and Illnes " . Oxford. Buterworh - Heinemann.
- IBAÑEZ, J. (1997). " Por una Sociología de la vida cotidiana " . Madrid. Ed. SIGLO XXI.
- IEA. (2000). "Municipios Andaluces 2000. Datos básicos" . Sevilla. Instituto de Estadística de Andalucía.
- IEA. " Padrón municipal de habitantes . año 1996 " . Sevilla. Instituto de Estadística de Andalucía
- IEA. (1999). " Andalucía. 1999. Datos básicos " . Sevilla. Instituto de Estadística de Andalucía.
- JOSEPH, I. (1999). " Erving Goffman y la microSociología " . Barcelona . Ed. Gedisa.
- KENNY, M. (1980). "Valores sociales y salud" en KENNY, M. Y DE MIGUEL, J. M. (comps.) "AM en España" Barcelona, Ed. Anagrama, 1980." pp. 69-81.
- LAFLO, M.V. ; BERNALTE, A. y Cols. (1988). " Diagnóstico de Salud del Municipio de Lebrija " . Sevilla. Excmo Diputación de Sevilla. 1988.
- LAIN ENTRALGO, P. (1964). " La relación Médico-Enfermo " . Revista de Occidente. Madrid.
- LAIN ENTRALGO, P. (1984). "Antropología médica " . Madrid. Salvat Editores S.A.
- LALONDE, M. (1974). " New Perspective on the Health of Canadians ". Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.
- LAPLANTINE, F. (1995) . " L'anthropologie " . Paris. Editions Payot & Rivages.
- LEACH, E. (1993). "Cultura y comunicación. La lógica de la conexión de los símbolos". Madrid. Ed. Siglo XXI.
- LISCETTI, M. (Comp.). (1999). " Antropología " . Argentina. Ed. Eudeba. 1999
- LÓPEZ, P. (1991). " La Historia clínica como base de la documentación asistencial " . Vitoria. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Cuadernos de Salud. Nº 3.
- LOVE, G.; DAVIS, P. (1970). " Terminología médica " . México. Ed. Limusa - Wiley.
- LOZANO, J.; PEÑA-MARÍN, C. ABRIL, G. (1997). " Análisis del discurso " . Madrid. Ediciones Cátedra S.A.
- MAISONNEUVE, J. (1991). " Ritos religiosos y civiles " . Barcelona. Ed. Herder.
- MAGLIO, F.; FIGINI, H. Y OTROS. (2000). "Fundamentación y contenido de la Medicina Antropológica". Buenos Aires. Sociedad Argentina de Antropología Médica.
- MALLART, LL. , (1992). "Sóc fill dels evuzoc ". Barcelona. Edicions La Campana.
- MANDLY, A. (1992) . " Identidad y lenguaje " . Rev. Fundamentos de Antropología . Granada. Diputación Provincial de Granada. nº 1.
- MARSAL, J.F. (1977). "La crisis de la Sociología norteamericana". Barcelona. Península
- MARTIN, L. ; WHITTAKER (eds.). (1998). " Poder – decir o El poder de los discursos " . Madrid. Arrecife Producciones S.L.
- MARTIN, A.; CANO, J.F. (1986). " Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica " . . Barcelona. Ed. Mosby-Doyma
- MARTIN ZURRO, A.; CANO PEREZ, J.F. (1991). " Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en consulta " . Barcelona. Ed. Mosby-Doyma.

- MARTIN ZURRO, A.; CANO PEREZ, J.F. (1999). " Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica ". Ed. Harcourt Brace. Madrid.
- MARTINEZ, A. (1984). " Eficacia simbólica, eficacia biológica. Hacia un nuevo modelo analítico y terapéutico en la asistencia sanitaria ". Revista Rol de Enfermería , Diciembre , nº 172 .
- MARTINEZ, A. "Antropología de la Salud. Una aproximación genealógica ". en PRAT,J. y MARTÍNEZ, A."(editores) " Ensayo de Antropología Cultural . Homenaje a Claudio Esteve Fabregat " . Barcelona. Ariel Antropología.
- MEDINA, J. (1982) . "Sociología. Teoría y Técnica". México. Fondo de Cultura Económica.
- MENÉNDEZ, E. (1952). " Grupo doméstico y proceso salud / enfermedad / atención. Del "teoricismo" al movimiento continuo ". Cuadernos Médico Sociales. Nº 59
- MENÉNDEZ, E. (1990) . " Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica " México. Alianza Editorial Mexicana.
- MENÉNDEZ, E. (1992). "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales". En CAMPOS, R. (comp.) " La Antropología médica en México " . México. Universidad Autónoma Metropolitana.
- MENÉNDEZ, E.(1999) " Prólogo " en ROMANI, O. " Las drogas. Sueños y razones ". Barcelona . Ed. Ariel.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (1986). " Ley General de Sanidad ". Edición anotada. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MISHLER, E (1984). " *The discourse of medicine: dialectics of Medical Interviews* ". Norwood. NJ: Ablex.
- MORERA, J.; CALDERON, J. Y OTROS. (1993). " Calidad de las historias clínicas en un Centro de Salud ". Medifarm, 3 (4).
- MOUNIN, G. (1976). " Claves para la lingüística ". Barcelona. Ed. Anagrama.
- NAVARRO, V. (compilador). (1993). " Salud e imperialismo ". México. Ed. Siglo XXI.
- NAVARRO, V. (1986). " Crisis, health, and medicine ". Nueva York. Tavistock Publications.
- OMS- UNICEF. (1978). " Informe Conferencia de Alma – Ata, URSS, 6-12 Setiembre de 1978. Ginebra . OMS – UNICEF.
- ORTEGA, M. (1995). " La Historia clínica como elemento de trabajo fundamental en Atención Primaria ". Rev. Centro de Salud. Noviembre. Pp. 821-824.
- ORTEGA, M. (1992). " Investigación Pedagógica sobre signos clínicos y Maniobras de Exploración " . Sevilla. Imprenta Diaz Pilas .
- PALMER. G.B. (2000). " Lingüística cultural ". Madrid. Alianza Editorial. 2000.
- PALOMINO, P.A.; FRÍAS, A. (1992). "Atención Primaria de Salud: Un análisis sobre la transición en Andalucía". Vol. 6. Num. 33 (269-274).
- PARSONS, T. (1999). " El sistema social ". Madrid. Alianza Editorial.
- PERROT, J. (1970). " La lingüística " . Barcelona . Ed. Oikos – Tau .
- PERDIGUERO, E.; COMELLES, J.M. (2000). "Medicina y cultura. Estudio entre la Antropología y la Medicina ". Barcelona . Ed. Bellaterra.
- PIEDROLA, G. (1991). " Medicina Preventiva y SP". Barcelona . Ed. Salvat S.A.
- PIÉDROLA, G. Y COLS. (1993) . " Medicina Preventiva y SP " . , Barcelona . Salvat Editores.
- PINEAULT, R.; DAVELUY, C. (1987) . " La Planificación Sanitaria ". Barcelona. Ed. Masson.
- PONS, I. (1993). " Programación de la investigación social " . Madrid. CIS.
- POPPER, K.; LORENZ, K. (2000) . " El porvenir está abierto" . Barcelona. Tusquets Editores S.A.
- POPPER, K (1984). « Sociedad abierta, universo abierto". Madrid. Ed. Tecnos.
- POPPER, K. (1974). "Conocimiento objetivo". Madrid. Ed. Tecnos.
- PRAT, J.; PUJADAS, J.J.; COMELLES, J.M. (1980). " Sobre el contexto de enfermar" en KENNY, M. ; DE MIGUEL, J.M. (comps.) " AM en España " . Barcelona, Ed. Anagrama.
- PRITCHARD, P. (1985). " Manual de APS " . Madrid . Ed. Diaz de santos S.A.
- QUIVY, R. ; VAN CAMPENHOUDT, L. (1992). " Manual de investigación en Ciencias Sociales " . México. Ed. Limusa.
- RAMONEDA, A. (2000). " Manual de estilo". Madrid. Alianza Editorial.
- REES, C. (1994). "Records and Hospital Routine" en P. ATKINSON Y C. HEATH (comps.): " Medical Work Realities and Routines "; Fairborough, Gower .
- REYNOSO, C. (1998). " Corrientes de la Antropología contemporánea ". Buenos Aires. Ed. Biblos.
- RODRÍGUEZ, J.; DE MIGUEL, J. M. (1990). " Salud y poder ". Madrid . CIS (Monografías nº 112).

- RODRÍGUEZ, M.; SAGRISTÁ, M. Y COLS. (1986). "Manual de normas para la utilización de la HAP". Sevilla. Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía.
- RODRÍGUEZ, R.; PERIS, F.J.; CATALÁN, J.B. (1986). "Modelo de historia clínica del adulto orientada por problemas, para Atención Primaria". *Anales de Medicina Interna*. 3 (5).
- ROSEN, G. (1985). "De la policía médica a la Medicina social". Siglo XXI Editores S.A. . México.
- ROZAS, R. (2000). "El proceso de la investigación científica". México. Ed. Trillas.
- RUBIO, J. (1993). "Diccionario temático de Antropología". Barcelona. Ed. Boixareu Universitaria.
- RUIZ, J.J. (1999). "Metodología en la investigación cualitativa". Bilbao. Universidad de Deusto.
- SACKS, O. (1997). "El hombre que confundió a su mujer con un sombrero". Barcelona. Muchnik Editores S.A.
- SALLERAS, LL., (1985). "Educación Sanitaria. Principios, Métodos y Aplicaciones". Madrid. Ed. Díaz de Santos.
- SANCHEZ, J.J., (1992). "Análisis de tablas de contingencia". Madrid. CIS (Monografías nº 105).
- SAN MARTÍN, H.; PASTOR, V. (1984). "Salud Comunitaria. Teoría y práctica". Madrid. Ed. Díaz de Santos.
- SCHEPER – HUGUES, N. (1992). "La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en el Brasil". Barcelona. Ed. Ariel.
- SCHÜTZ, A. (1993). "La construcción significativa del mundo social". Barcelona. Ed. Paidós
- SEBASTIÁN DE ERICE, J. (1994). "Erving Goffman. De la interacción focalizada al orden interaccional". Madrid. CIS.
- SENDRAIL, M. (1983). "Historia cultural de la enfermedad". Madrid. Espasa Universitaria.
- SILVERMAN, D. (1985) "Quality methodology and sociology: describing the socialworld". Aldershot. Gower.
- SPERBER, D.(1998). "El simbolismo en general". Barcelona. Ed. Anthropos.
- TAROT, C. (1999). "De Durkheim à Mauss. L'invention du symbolique". Paris. La découverte / M.A.U.S.S.
- TAUSSIG, M. (1995). "Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema en emergencia permanente". Barcelona. Ed. Gedisa.
- TAYLOR, S. J.; BOGDAN, R. (1992). "Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados". Ediciones Paidós. Barcelona.
- THOMAS, L.V. (1993). "Antropología de la muerte". México. Fondo de Cultura Económica.
- TURNER, V. (1990). "La selva de los símbolos". Madrid. Ed. SIGLO XXI.
- TURNER, V. (1988). "El proceso ritual. Estructura y antiestructura". Madrid. Ed. Taurus.
- URIBE, JOSE MARIA. (1996). "Educar y curar. El dialogo cultural en Atención Primaria". Madrid. Ministerio de Cultura.
- URIBE, JOSE MARIA.(1994). "Atención Primaria y Centro de Salud: la construcción social de la salud". Rev. Jano 11-17 Marzo. VOL. XLVI – Nº 1073
- URIBE, JOSE MARIA, (1989). "El centro de salud: una nueva mirada médica". *Arxiu D'Etnografia de Catalunya*. Nº. 7
- VALLES, MIGUEL S. (1997). "Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional". Madrid. Editorial Síntesis Sociológica.
- VAN DIJK, T.A. (1998). "Ideología". Barcelona. Ed. Gedisa.
- VAN DIJK, T.A. (Comp.). (2000). "El discurso como estructura y proceso" Vol. 1. Barcelona. Ed. Gedisa.
- VAN DIJK, T.A. (Comp.). (2000). "El discurso como interacción social". Vol. 2. Barcelona. Ed. Gedisa.
- VAN GENNEP, A. (1981). "Les rites de passage". Paris. Ed. Picard.
- VAZQUEZ, H. (1982) "El estructuralismo, el pensamiento salvaje y la muerte".. México.Fondo de Cultura Económica.
- VAZQUEZ, J. ; GALINDO, J.P.; Y COLS. (2000). "Atención inicial al paciente inmigrante en atención primaria". *Rev. Medicina de Familia (And.)* 2000: 2:162-168.
- VELASCO, H. (1999). "Lecturas de Antropología social y cultural". Madrid. UNED.
- VUORI, H. (1984) "¿Qué es la APS?". *Revista Atención Primaria*. Año 1.
- VUORI, H. (1993) "Introducción" en MARQUET, R. "Garantía de calidad en APS". Barcelona. Ed. Doyma
- VUORI, H. (1987) "APS en Europa: Problemas y soluciones". *Rev. Atención Primaria*. Vol. 4, nº 1. Enero –Febrero.

- VUORI, H. (1991) "Prólogo" en MARTIN ZURRO,A.; CANO PEREZ,J.F. (1991). " Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en consulta ". Ed. Mosby-Doyma. Barcelona.
- VUORI, H., (1992) " La participación comunitaria en Atención Primaria: un medio o una finalidad en si misma". Rev. Atención Primaria. Vol. 10, Nº 9. Diciembre
- WINKIN, Y. (recopilador) , (1991). " Los momentos y sus hombre: Erving Goffman". Barcelona. Ed. Paidos.
- WODAK, R. (1997) . "Discourse sociolinguistics and de study of doctor –patient interaction" en BRITT- LUISE GUNNARSSON , LINELL, P. Y NORDBERG, B. (comp.), "The construction of professional Discourse". Londres- Nueva York. Longman.
- WOLF, M. (1980). "Sociologías de la vida cotidiana". Madrid. Ed. Catedra S.A..
- WOLF. M. (1996). "La investigación en la comunicación de masas". Barcelona. Ed. Paidos.
- WRIGHT, C. (1987). "La imaginació sociològica". Barcelona. Ed. Herder.
- YOUNG, A. (1982). " The anthropologies of illness and sickness ". Annual Review of Anthropology, 11: 257-285