

LA CONSULTA MÉDICA

Lic. Nora Garrote y Dra. Gloria Pizzuto

1- La consulta médica como proceso de conocimiento médico científico

La consulta médica es una instancia de encuentro entre el médico y el paciente que representa una de las formas más antiguas de resolver los problemas de salud -enfermedad de las sociedades, uno de los escenarios más frecuentes de la relación médico-paciente.

La consulta médica como objeto de análisis complejo nos permite abordarla desde múltiples perspectivas; desde lo relacional en cuanto al encuentro de sujetos, desde lo intercultural por las diversas pertenencias socioculturales del médico y el paciente, desde lo comunicacional, etc.

Uno de los abordajes que proponemos es considerarla como un proceso particular del conocimiento médico, quizás el más conocido y difundido en la práctica médica desde la conformación de la medicina como disciplina científica.

Como proceso de conocimiento podemos analizarla en tres dimensiones:

1. el objeto o producto del proceso, incluye teorías (hipótesis) encargadas de hacer comprensibles o explicar los hechos, de producir no sólo una descripción de los aspectos particulares del objeto de estudio (proceso de salud - enfermedad), sino que debe proporcionar explicación acerca de lo que preside su funcionamiento, su surgimiento, su forma de existencia, su desarrollo, su desaparición, etc., debe apropiarse detalladamente de su objeto.

2. las acciones o métodos que incluyen los procedimientos destinados tanto a descubrir conocimientos de hechos o normas que aún no se poseen, como a validar conocimientos de hechos o normas que ya se poseen.

3. los medios o condiciones de realización de las que el investigador puede disponer, incluyendo los medios técnicos, las normas y contextos institucionales y situacionales.

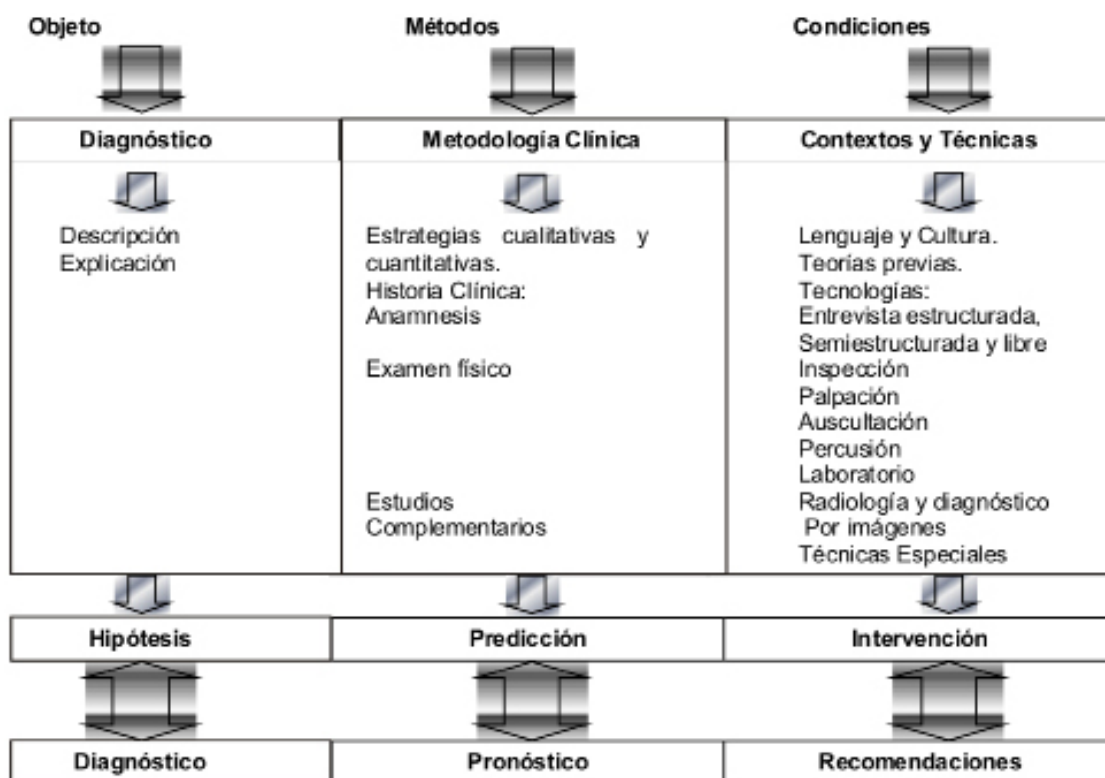
En la primera de sus dimensiones como proceso de conocimiento, el médico no sólo estará comprometido a alcanzar una adecuada eficacia en la resolución del problema práctico que intenta resolver, respetando las normas éticas y técnicas que rigen el campo profesional, sino que además sus descripciones deberán poner de relieve regularidades de hecho y demostrar que están implicadas en modelos teóricos aceptables o aceptados¹. Esto es, en la consulta médica construir un **diagnóstico presuntivo (formulación de hipótesis)**, en el cual el conocimiento se desarrolla como un movimiento de “ir y venir” entre la experiencia y la teoría que resultaría finalmente en la confirmación o descarte del diagnóstico presuntivo (**contrastación**).

La segunda dimensión incluye los procedimientos que conforman las dos modalidades de los métodos: para la producción de conocimiento nuevo (Ej.: averiguar los elementos que protegen la salud en situación de crisis) o la validación de un conocimiento ya establecido (Ej.: realizar la búsqueda de datos apropiados para mostrar que el polvo de antracita ha producido silicosis). La consulta médica como instancia del método clínico utiliza una metodología cualitativa de abordaje a **través de la entrevista**² para obtener datos. La historia clínica sería el modelo de entrevista o el instrumento que utiliza el médico para obtener conocimiento acerca del proceso de salud-enfermedad del paciente e incluye una serie de procedimientos tales como **la anamnesis, el examen físico y los estudios complementarios**.

La tercera dimensión trata de todo aquello que se interpone entre el médico y su objeto (el proceso de salud-enfermedad). En un sentido amplio nos referimos al **lenguaje** y la **cultura** de una sociedad. Estas condiciones de realización de la consulta son resultado de procesos anteriores; productos de la cultura general y de logros científicos anteriores, hipótesis previas, **teorías previas, técnicas previas**, lugares comunes, etc. insertos en contextos institucionales- normativos que rigen los intercambios intelectuales. La consulta médica cuenta con tecnología disponible en el campo educativo, instrumental y organizacional para la aplicación de los procedimientos elegidos en la dimensión anterior que constituyen sus condiciones de realización: la historia clínica cuenta con todas las técnicas de relevamientos por entrevistas en profundidad, teorías de la comunicación, técnicas para realizar el examen físico como la inspección, palpación, auscultación y percusión y aquellas que

hoy en día se han desarrollado para los exámenes complementarios: laboratorio, radiología y diagnóstico por imágenes, técnicas especiales, etc.

La consulta médica tiene por objeto producir un **diagnóstico** (conocimiento) acerca del proceso de salud-enfermedad del paciente, un **pronóstico** acerca de su proceso (predicción) y una serie de **recomendaciones** para promover, prevenir o curar.



2- El Objeto de conocimiento de la consulta médica: El proceso de salud-enfermedad

En los últimos tiempos se ha generalizado un esfuerzo lingüístico y conceptual para darle nombre apropiado a cada actividad, realizaciones e ideas referidas a la salud. Estos esfuerzos miden, aunque más no sea en parte, la tendencia que se está operando en el sentido de otorgarle al concepto de salud-enfermedad una precisión y encuadre que tiene que ver con las transformaciones que en su campo se producen.

Todo comienza con la caracterización de la salud, con la necesidad de entenderla en el área de la comunidad y las clases sociales que la integran; con el convencimiento de verla adherida al proceso histórico donde se producen sus determinantes y se genera la distribución de sus condiciones entre los integrantes de la sociedad.

Conocemos la **definición de salud**:

“La salud es el completo estado de bienestar físico-mental y social, por el aporte significativo que ello implica en la búsqueda de una totalización e integralidad conceptual”.

Resulta importante para el pensamiento sanitario la aplicación del marco interpretativo más allá del único y frecuentemente limitado marco de lo físico o biológico. Cuando la definición incluye a los aspectos mentales y sociales, coloca a sus intérpretes en una posición de mayor amplitud, de mayor comprensión del proceso salud-enfermedad.

Sin embargo es también sabido que se le critica a tal definición su apreciación básica de bienestar, vale decir la de otorgarle a la salud sólo la perspectiva de involucrar con el bienestar sus atributos de sentirse bien o de estar bien que transforma así a la definición en una simple e irreducible tautología.

Se hace necesario encontrar conceptos dinámicos que permitan abarcar con mayor potencialidad la idea de salud reemplazando la tautología que condiciona la palabra “bienestar”. Las expresiones utilizadas como sinónimos que intentan corregir esa tautología como “madurez” o “equilibrio”, tampoco han cumplido con el requerimiento profundo de la idea de salud-enfermedad. También ellas le otorgan evidente sentido estático a la definición de salud.

Es necesario, por el contrario, hallar las referencias lingüísticas que abarquen el sentido dinámico de la salud-enfermedad, que comprenda a la salud como una búsqueda incesante de la sociedad, como apelación constante a la solución de los conflictos que plantea la existencia.

Es oportuno remarcar el error generalizado de quienes no advierten que la adaptación completa, en cuanto equivale a la renuncia a la creación individual y social y al enfrentamiento de nuevos conflictos; es por ello mismo una forma clara de enfermedad. No es el conflicto lo que define lo patológico, sino que es el bloqueo de los conflictos y la imposibilidad de resolver ese conflicto, físico, mental o social, lo que certifica la idea de enfermedad.

Ni la salud se define por su tautológica concepción de bienestar, ni por sus sustitutos que niegan el conflicto en cualquiera de sus áreas.

La salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y permita crear las condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad.

El dinamismo requerido para interpretar el proceso salud-enfermedad, pues se trata efectivamente de un proceso incesante, hace a la idea de acción frente al conflicto de transformación ante la realidad. Como el río de Heráclito, la salud nunca es la misma como tampoco lo es la sociedad. No se detiene y en cada instante de su devenir es distinta del anterior, bien porque supera los conflictos que continuamente le interpone su historia o bien porque al sucumbir a los mismos ha terminado su proceso en el individuo, aunque renace constantemente en su sociedad.

Esto define la ubicación conceptual, al reparar en la salud- enfermedad como un proceso incesante cuya idea esencial reside en sus caracteres históricos y sociales.

No es en realidad inoportuno señalar que también las palabras “físico”, “mental” y “social” como “biológico” y “medio ambiente” corresponden a la idea de salud; son formas, aspectos de su existencia. Pero cuando se debe construir una concepción científica, integral de la salud, cuando se propone elaborar **un objeto científico de la salud**, entonces es imprescindible pensar el concepto de salud **como proceso con caracteres históricos y sociales**.

Para definir este concepto, es necesario basarlo en la realidad compleja que lo domina, la cual constituye una sociedad que está dictada por un modo de producción determinado, en donde el contenido de la salud está señalado por esa realidad, por la totalidad social considerada en conjunto o por alguno de sus diferentes niveles.

De esta manera el carácter histórico y social de la salud, más allá de los términos y las palabras, se distingue porque el objeto del análisis está determinado por una realidad que se caracteriza por su complejidad, para combinarse conforme los diferentes factores, niveles, instancias que la componen dando un modelo final resultado de determinaciones prácticas, específicas y en definitiva articuladas por el nivel general del sistema social.

Se sostiene que el proceso de salud-enfermedad es biológico y social, porque para alcanzar el nivel explicativo no alcanzan los hechos de naturaleza biológica sino que, como se dijo anteriormente, es necesario preguntarse por sus determinaciones sociales específicas. El proceso de salud-enfermedad es social porque los propios procesos biológicos son sociales, en la medida que no es posible definir la “normalidad” ni la “anormalidad” biológicas del hombre sin considerar el lugar y el momento histórico. En efecto, ambos fenómenos han variado a través del tiempo y en diferentes sociedades según las condiciones de vida concretas de los grupos sociales.

La salud reconoce así la especificidad de sus componentes, de sus factores y de sus diversidades, en las combinaciones de los mismos, en la supremacía de determinado elemento según el lugar y el tiempo; y más aun está entonces capacitada para observar y comprender la determinación de cada elemento en función de los demás, de su estructura sanitaria global en función de las otras realidades. Esto mismo es lo que exige una precisión, en el sentido de encontrar en sus determinaciones, la fuerza dominante, aquella que presiona desde el origen y condiciona la resistencia o el avance de los demás.

Así mismo, al descubrir el objeto real de su problemática, está lanzando sobre su campo científico nuevos conocimientos, nuevas formas de entendimiento, luego que pudo enmarcarse la configuración de su propia estructura.

Es necesario despojarla de su apetencia por los hechos y fenómenos sanitarios distribuidos sobre su área de acción como simples datos mensurables. La medicina contemporánea ha utilizado y utiliza estos datos cuantificables como la esencia científica en su búsqueda y definición.

En realidad, con esta concepción histórica-social se busca obtener la conceptualización del objeto de estudio, sin dejar de utilizar las medidas y cantidades, pero sabiendo que si la salud no es cuantificable es porque precisamente se trata del concepto de sus formas, de esas que son medibles.

Aquí reside uno de los secretos del cambio cualitativo. El campo sin heterogeneidades y llenos de componentes de salud (peso, presión, colesterol, mortalidad, morbilidad, medio interno) ya no constituye un simple y circunscripto dato sanitario, ahora se exige la definición del concepto, esto es decir la caracterización, límites y condiciones de sus componentes homogéneos y mensurables. Se extrema el análisis y se busca la relación determinante, la razón de sus cifras y medidas; no son cifras y medidas.

Para la salud más que sus cuantificaciones biológicas y aun psicológicas y sociales, lo que importa es su concepto dinámico producido y produciéndose en el propio tiempo histórico - social que la determina. Al entender a la salud por su concepto, los problemas sanitarios, las situaciones de salud-enfermedad dejan de enfocarse como una relación causal simple, lineal, homogénea; se presentan objetivamente como integrantes de un sistema profundo y complejo, adheridos a otra realidad más compleja aun que le es determinante y que se expresa globalmente como el sistema general de la sociedad del cual y por el cual existe. Es en este sentido que se entiende que el proceso de salud –enfermedad es un proceso en desarrollo en el que interviene una estructura jerarquizada de causación social múltiple.

También es importante decir que se trata de un proceso colectivo que se manifiesta a nivel individual. Esto no significa que lo social tenga alguna especificidad etiológica respecto de la enfermedad, ya que sus efectos no se expresan en entidades patológicas específicas a nivel individual, sino más bien en una amplia gama de patrones colectivos de morbilidad y mortalidad. La relación entre los procesos de salud-enfermedad del grupo y los procesos biológicos individuales de sus agentes se establece en el sentido que el primero determina las características, parámetros o límites dentro de los cuales oscila la variación biológica individual. De esta manera podemos entender al niño, al adolescente, al adulto joven como unidades bio-psico-sociales del proceso de salud-enfermedad.

3- Elementos del método clínico

El método clínico es comprender el proceso salud-enfermedad de un sujeto en toda su integridad como persona.

El acto médico es conocimiento, sentimiento y operación, para lograr un diagnóstico integral. El médico “debe mirar” en forma envolvente, interesada (mirada de búsqueda, no exigente) y objetivante; debe no sólo acoger, debe buscar en el cuerpo y en el alma. El distanciamiento mental respecto de la “cosa” mirada y la atención perceptiva y distintiva darán a la objetivación del observador toda la perfección deseada.

Cuando empleamos el método clínico holístico, el objeto de estudio y entendimiento es el proceso de salud-enfermedad de un sujeto, en quien se exploran los malestares por él informados y los signos y síntomas que determinarían una enfermedad. La visión médica no debe perder la noción de paciente contextualizado en lo socio-político, en el cual juegan las características económicas, sociales, culturales y biológicas del medio más las características socio-económicas y genético-biológicas de la persona.

En el acto del encuentro o consulta médica se establece la comunicación en la cual esos dos sujetos interactúan cada uno desde su contexto, a través de un lenguaje verbal y no verbal, donde se vierte información voluntaria / involuntaria por parte del consultante e información requerida y solicitada / no solicitada por parte del médico. Ambos buscan una meta y se produce una negociación a través de la relación médico-paciente en pos de lograr decisiones que llevarán a la prevención de enfermedades y promoción de salud o al tratamiento.

Diagnosticar es conocer y puesto que para el hombre no hay situación, ni experiencia sin actividad cognoscitiva, la tarea diagnóstica del médico comienza tan pronto como se encuentra con el enfermo. En consecuencia es un error considerar que la relación médica es la sucesión de un encuentro, una comunicación técnica y transferencial, un diagnóstico y un tratamiento, o pensar que el médico explora a sus pacientes de modo pausado y uniforme para razonar luego los resultados obtenidos. Cada exploración clínica tiene figura y contenidos propios, y esta singularidad viene determinada por las varias presunciones diagnósticas que le anteceden.

A partir del encuentro mismo, diagnosticar es detenerse en la experiencia que hasta ese momento haya brindado la relación con el paciente, conjeturar una hipótesis que parezca explicarla teóricamente, tratar de confirmar esa hipótesis mediante recursos exploratorios, sustituirla por otras, si la confirmación no se produce, proseguir hasta que el conocimiento del paciente permita corresponder a ese diagnóstico presuntivo de manera satisfactoria, con toda los datos obtenidos en la consulta.

La tarea diagnóstica cumple los dos requisitos que la etimología del término “diagnóstico” lleva consigo: conocer distinguiendo (diá como “entre”) y conocer penetrando (diá como “a través de”).

Tradicionalmente el principal propósito de la consulta médica era arribar al diagnóstico físico, a través de la exclusión de patologías. En realidad, el acercamiento bio-médico no considera todos los intereses del paciente. Por causa de las complejas interacciones entre el sujeto y el medio - ambiente, el proceso de salud - enfermedad no resulta de un solo factor causal, sino de múltiples influencias, las cuales pueden operar simultáneamente. Por las razones expuestas se desarrolla un acercamiento holístico, dada las limitaciones del modelo bio-médico.

Esta atención integral proporcionada está enlazada con la satisfacción del paciente, una mejor adherencia al tratamiento y la posibilidad de poder resolver la mayor cantidad de problemas.

En consecuencia, sostener un modelo clínico holístico es tener en cuenta las distintas dimensiones del sujeto: biológico, psicológico y social; saber que es una persona que pertenece a una sociedad y a una historia determinada. La información expresada por el agente en cuestión, “paciente”, podrá ordenarse según la serie de características que lo constituyan como tal, de acuerdo a esta concepción de complejidad. El método clínico holístico dispone de los procedimientos para el relevamiento de datos necesarios que orienten la tarea de diagnóstico del médico a partir del ordenamiento de dichas características como variables cuyos valores es posible medir con algún recurso técnico específico; tales como la historia clínica, el examen físico y/o los estudios complementarios.

Bibliografía

FERRARA F. A. Teoría social y salud. Buenos Aires, Catálogos, 1985.

SAMAJA J. Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica. Argentina, EUDEBA, 1993.

LA HISTORIA CLÍNICA

Dra. Gloria Pizzuto y Lic. Nora Garrote

1- La Historia Clínica como Modelo de Entrevista

La historia clínica es así entendida como relación social, a través de la cual se obtienen enunciados y verbalizaciones. Es una de las técnicas más apropiadas para acceder al universo de significaciones de los entrevistados y además una instancia de observación de sus características físicas y conductuales.¹

Nos hemos acostumbrado a creer que para saber “algo de alguien” basta con preguntar, pero esto es sólo parcialmente cierto ya que supone que las preguntas formuladas por el médico, pertenecen al mismo universo de sentido que las respuestas del paciente. El médico que se pone en contacto con pacientes cuya cultura desconoce incorpora respuestas de su propio marco.

En el proceso de conocimiento, las preguntas y respuestas no son dos bloques separados sino partes de una misma reflexión y una misma lógica, que es la de quien interroga: el médico. Y esto no se debe a que el paciente responda lo que el médico quiere oír (o no diga “la verdad”), sino a que cuanto diga será incorporado por el médico a su propio contexto interpretativo, según su propia lógica. Al plantear sus preguntas, el médico establece el marco interpretativo de las respuestas, es decir, el contexto donde lo verbalizado por los pacientes tendrá sentido para la consulta y el universo cognitivo del médico. Este contexto se expresa a través de la selección temática y los términos lingüísticos.

Comprender los términos de una cultura o de un grupo social, consiste en reconocer que el de los pacientes es un universo distinto al del médico. Y esto no vale sólo para los grupos étnicos (tobas, matacos, mapuches etc.) sino para todos los agrupamientos humanos, si es que les reconocemos una lógica propia para organizar su universo, en función de una específica situación socioeconómica y/o cultural.

Este reconocimiento es vital para acceder a un universo diferente y peculiar de significaciones porque, de lo contrario, el médico puede suponer que está obteniendo respuestas a sus preguntas y a su universo; en realidad, esas respuestas le están siendo planteadas desde otro universo, pero el médico las interpreta como respuestas dentro de su propio marco. Dicho de otro modo: aunque aparentemente manejen el mismo idioma, hablan de cosas diferentes pero no lo saben. El riesgo es proyectar conceptos y sentidos del médico en las palabras del informante, corroborando lo que se proponía encontrar.

Esta es la diferencia entre una relación que busca descubrir y otra que pretende ratificar; entre un enfoque que aspira integrar las significaciones del paciente y otra que proyecta en ellos los supuestos y la lógica del médico. En síntesis, esta es la diferencia entre una entrevista sociocéntrica y otra que no lo es.

A pesar de que la bibliografía médica se refiere a la relación médico-paciente como entrevista individual, las investigaciones médicas muestran que de tres consultas, una de ellas tiene a otras personas aparte del paciente durante la entrevista, lo que originó en llamar “relación médico-paciente-familia-comunidad”.

Así la entrevista puede ser individual o colectiva. Entendemos por entrevista individual aquella que se realiza exclusivamente entre el médico y el paciente. Las entrevistas colectivas son aquellas donde participan el paciente, el médico y otras personas. Estas personas suelen ser familiares o amigos del paciente, pero también debemos considerar la presencia de otros agentes del sistema de salud (médicos consultores o asistentes, estudiantes, enfermeros, técnicos, etc.). Además debemos conocer las condiciones que hacen a las entrevistas colectivas, tal son los casos en que se entrevistan niños, adolescentes, intérpretes por otras lenguas o culturas y personas incapacitadas para hablar, escuchar o entender el diálogo establecido.

Son necesarias habilidades a desarrollar en estas entrevistas, que incluyen: entender inquietudes o preguntas sobre el estado del paciente provenientes de los miembros de la familia; problemas éticos que determinan privacidad o confidencialidad; cuestiones legales o financieras que atañen al paciente; reconocer al miembro capaz de ayudar en las decisiones a tomar a partir de la entrevista.

La efectividad de estas consultas se basan en la observación del desarrollo de las mismas durante un clima de tranquilidad, donde se respetan las intervenciones y no se monopolizan los diálogos, donde no ocurren comentarios sarcásticos, ni existen demandas por parte de los acompañantes. De no ser así, el médico puede advertir conflictos entre los miembros de la familia que obrarán en forma negativa sobre el resultado esperado. El propósito es identificar los problemas que se perciben y los beneficios de la situación para incentivar probables soluciones al respecto ó bien derivar al terapeuta de familia.

Es esencial aprender a reconocer las configuraciones familiares y los roles desempeñados dentro de las distintas estructuras de familia, pues de esto dependen los conceptos de adaptación o reacción al desequilibrio del proceso salud-enfermedad.

El logro de una buena comunicación durante la entrevista permite recoger información sobre el problema presentado, desde la esfera física, emocional, conductal y cognitiva. Como también conocer estilos de vida, intereses, valores y preferencias, todo dentro del contexto que atraviesa al sujeto tal como su vida, situación financiera, familia y planes futuros.

Debemos aprender a “escuchar” las respuestas del paciente, no interrumpir, no pensar sobre lo próximo que queremos interrogar antes que el paciente finalice su exposición y fundamentalmente estar atentos a los sentimientos expresados (miedos, frustraciones o pérdidas).

El contacto establecido para la entrevista y poder confeccionar la historia clínica, tiene diferentes lugares, los cuales pueden ser: consultorio, internación, casa de cuidados crónicos, hogar, escuela, aulas, centro de trabajo, comunicaciones telefónicas, e-mail, etc. La sociedad establece de esta forma instituciones de salud privadas, estatales, hospitalarias y comunitarias capaces de enfrentar las demandas y darle a la comunidad una respuesta global.

La atención médica en equipo es otro principio básico del nuevo modelo que demanda la relación con otros trabajadores de la salud, haciendo disminuir el papel hegemónico tradicional de la práctica médica.

2- La Anamnesis en la Historia Clínica

La historia clínica se estructura en tres partes principales:

- a) Anamnesis
- b) Examen físico.
- c) Exámenes complementarios.

En este momento se desarrollará únicamente la anamnesis, que tiene por finalidad obtener las características bio-psico-sociales del sujeto (variables) que conformarán la singularidad del paciente.

En el **desarrollo de la anamnesis** se deberán tener en cuenta los siguientes ejes:

1. Explorar las experiencias de salud y malestar del paciente.
2. Entender la integridad de la persona y su contexto.
3. Encontrar una meta común con el paciente.
4. Realzar la relación con el paciente.
5. Incorporar la prevención y promoción de la salud.
6. Tender hacia decisiones mutuas para lograr adherencia a las metas.

1. El malestar es una experiencia práctica de síntomas, sentimientos, disconfort, debilidad, actitudes y deterioro, representado por reacciones personales, interpersonales y culturales. El médico debe investigar el malestar tanto como la salud- enfermedad y brindar el cuidado clínico a ambas.

Es necesario que el médico implemente una serie de preguntas direccionadas a los conceptos y significados (representaciones) que tiene el paciente acerca de los malestares o síntomas experimentados. 3

2. Entender la integridad de la persona y su contexto, debe considerar la familia, el trabajo, las crisis de vida, las influencias multiculturales y el efecto de la comunidad en la vida de la persona.

Debemos recordar que el entendimiento que el paciente tiene de su propio contexto (universo de significados), se encuentra en la consulta con el entendimiento que el médico tiene de su propio contexto (universo de significados), que incluyen en ambos, creencias, educación familiar y prejuicios.

Las familias tienen una profunda influencia en las creencias, conductas y actitudes de sus miembros y en la respuesta al mejoramiento o agravamiento de los malestares experimentados.

Todo paciente está en una fase específica o en un estadio de vida, tal como infancia, escuela primaria, adolescencia, adulto joven, formación de familia, ser padres, adulto mayor, jubilación y ser abuelos. Estas etapas influyen y determinan cambios que pueden dar origen a una buena adaptación o a dificultades.

Conocer el trabajo o la pérdida del mismo, hace que conozcamos cómo puede afectar la salud de la persona, no sólo en términos de factores materiales, tal como recurso financiero, sino la salud mental de ese individuo. El tipo de trabajo también es importante para establecer posibles perjuicios a la salud, tales como enfermedades ocupacionales.

La comunidad influye con sus peculiaridades e influencias. En los grupos sociales subalternos existe un alto índice de pobreza que determina: enfermedades infecciosas, deficiencia sanitaria y poblaciones rurales con limitado acceso a aguas limpias.

La urbanización y los movimientos migratorios tanto internos como externos, la influencia de los sistemas de salud o la carencia de ellos, la prevalencia del crimen y la violencia, afectan las situaciones de salud de las poblaciones y la comunidad. Debemos asumir la problemática de salud-enfermedad como expresión de las condiciones de vida de diferentes grupos de población y comprender las articulaciones entre éstas y los procesos sociales más generales.

3. Encontrar una meta común no sólo involucra al médico y al paciente, sino a otros miembros de la familia u otros profesionales. Ambas partes deben participar en el proceso de acuerdo de metas, compartiendo información y de acuerdo a los valores, preferencias y posibilidades del paciente. Cuando se realiza una decisión de tratamiento, ambas partes deben acordar la decisión y llevar adelante el plan, dejando en claro los roles a cumplir y las responsabilidades a asumir.

4. La relación médico-paciente debe estar basada en los siguientes atributos: respeto, empatía, honestidad y tolerancia. Debe manejar la comunicación teniendo en cuenta, niños, adolescentes, intérprete u otra persona responsable del paciente y personas discapacitadas.

5. Incorporar la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, es alcanzar no sólo el cuidado individual sino el comunitario, articulando atención primaria de salud con atención secundaria y terciaria, más el accionar en toda la comunidad aplicando la epidemiología clínica.

6. Las decisiones mutuas se realizan dentro de un esquema de objetivos comunes con el paciente.

Compartir el significado de estas decisiones, las recomendaciones del tratamiento, de acuerdo a las preferencias y valores del paciente, no sólo incrementa la satisfacción de la práctica, sino la efectividad del tratamiento y reducción de costos en el uso de recursos.

3- La Historia Clínica como técnica del Proceso Comunicacional

Las habilidades de comunicación son efectivas dentro del método clínico y el mejor aprendizaje es la observación durante una consulta real, video o desarrollo de un juego -rol.

Puede seguirse una secuencia de pasos para entender cómo establecer el proceso comunicacional, recordando una palabra guía (**PRÁCTICA**).

P- preparando la visita

El paciente tiene una forma de establecer la comunicación que es personal y única, llamada singularidad. El médico necesita adoptar una actitud que transmita la interpretación: "Estoy listo para escuchar tu historia" (la mirada médica, envolvente, interesada y observadora). No deben existir interrupciones a partir del momento de iniciada la entrevista, para lograr el clima de contención y confort.

R- relación médico-paciente

El médico debe hacer saber al paciente que está naturalmente interesado en establecer una buena relación. Saludar de una manera respetuosa, presentarse y estar atento al confort del paciente. Brindarle total atención, no escribir notas o hablar por teléfono durante la entrevista.

Las preguntas deberán ser abiertas animando al paciente para establecer las razones del encuentro, por ejemplo: "¿Qué te trajo aquí hoy?", "¿Qué puedo hacer yo por ti?", "¿Cuál es tu problema?"

No interrumpir la apertura al diálogo, es quizás la más importante habilidad.

Una de las habilidades a desarrollar para la comunicación es "hacer contacto con la mirada", menear la cabeza, facilitar con gestos como: ahá, sí-sí, adelante. Permitir un tiempo de espera o silencio, poniendo atención a éstos y al lenguaje gestual y corporal.

- Interrogar: ¿algo más?

No apurarse por escribir y no interrogar rápidamente otra cuestión.

No elaborar juicio de valor para lograr la confidencialidad y la confianza de nuestro paciente.

Los médicos tocan al paciente durante el examen, sin embargo tocarlo sensiblemente y naturalmente durante la entrevista puede ayudarlo a expresar sus sentimientos.

A- ansiedades- ¿Cuáles son los deseos del paciente?

Las preguntas abiertas permiten que el paciente responda en sus propias palabras. Nosotros podemos explorar de la siguiente manera:

-ideas: ¿Qué piensas que te ocasiona este problema?

-sentimientos: ¿Cuál fue la peor cosa que pensaste (sentiste) que podría sucederte?

¿Cómo piensas que podrías dejar de sentir esto?

-expectativas: ¿Qué imaginas tú qué podríamos hacer por esto?

C- claro lenguaje

Se debe conseguir un claro lenguaje de comunicación, para lograr la colaboración y participación del paciente en la consulta. El médico una vez que ha valorado los problemas del paciente, procederá a explicar lo que está sucediendo, informando la causa probable del problema (etiología), el diagnóstico probable y el futuro (pronóstico) que se espera. También hará saber al paciente lo que piensa al respecto y formular el plan de manejo.

Una vez finalizada la explicación deberá cerciorarse que el paciente ha entendido y de ser posible que repita lo que se comprendió al respecto.

TI- trato interacción mutuo

Se establecerá un trato de interacción mutuo, entre médico-paciente, donde las necesidades de ambos se encuentren reconciliadas para el desarrollo de un plan de manejo.

La negociación está definida como una concesión con un alcance de acuerdo y compromiso.

El compromiso está definido como un acuerdo conjunto de concesiones en ambos lugares.

CA- convertir en acción

Se debe establecer cómo convertir en acción el manejo del plan, de acuerdo a las necesidades, valores, preferencias y posibilidades del paciente y aceptadas mutuamente entre ambas partes. Esto involucra mediación, investigaciones o interconsultas, pero podría englobar también modificaciones de estilo de vida, plan para mejorar dificultades en las relaciones familiares o acuerdos de organización de recursos basado en la comunidad.

ASPECTOS EMOCIONALES A TENER EN CUENTA EN LA ENTREVISTA DEL MÉDICO GENERALISTA CON EL PACIENTE¹

Dra. Gloria Annoni. Dra. Analía Ravena

Estado mental y/o situación emocional es la suma de observaciones e impresiones del examinador, derivadas de las primeras entrevistas con un sujeto que acude a la consulta médica por distintas causas.

Tomaremos de bibliografías clásicas en psiquiatría² aquellos ítems que nos parecen que reflejan las posiciones emocionales y/o comportamientos del sujeto sano en cualquier situación médico-paciente.

- a) Descripción general.
- b) Estado de ánimo, sentimiento y afecto.
- c) Alteraciones perceptivas.
- d) Proceso de pensamiento.
- e) Contenido del pensamiento.

a) Descripción general (que debe tenerse cuenta)

a.1) Aspecto: tipo corporal, postura, actitud, vestimenta, arreglo personal, cabello, uñas, sano, enfermo, enojado, atemorizado, apático, confuso, despectivo, incómodo, equilibrado, envejecido, juvenil, afeminado, masculino, signos de ansiedad (manos húmeda, frente húmeda, inquietud, postura tensa, voz forzada, ojos agrandados, cambio de nivel de ansiedad durante la entrevista, o cambios abruptos del tema).

a.2) Comportamiento y actividad psicomotora: marcha, amaneramientos, tics, muecas, sacudidas estereotipadas, rascado, toca al examinador, ecopraxia, torpe, ágil, flácido, rígido, retrasado, hiperactivo, agitado, combativo, séreo.

a.3) Discurso: rápido, lento, apresurado, dubitativo, emocional, monótono, de tono alto, murmurado, mal articulado, habla entre dientes, tartamudea, ecolalia, intensidad, fluidez, entonación, espontaneidad, productividad. Estilo, tiempo de reacción, vocabulario.

a.4) Actitud hacia el examinador: cooperativa, atenta, interesada, franca, seductora, defensiva, hostil, juguetona, aduladora, evasiva, precavida, nivel de vinculación.

b) Estado de ánimo, sentimientos y afecto

b.1) Estado de ánimo: emoción persistente y sostenida (que colorea las percepciones del entorno), cómo dice sentirse: profundidad, intensidad, duración y fluctuaciones del estado de ánimo: deprimido, desesperado, irritable, ansioso, aterrorizado, furioso, expansivo, eufórico, vacío, culpable, temeroso, útil, autodespectivo.

b.2) Expresión de los afectos: cómo evalúa el examinador los afectos del paciente: amplio, limitado, deprimido, atenuado o aplanado, superficial, anhedónico, lábil, limitado, temeroso, ansioso, culpable, cantidad y espectro de emociones: dificultad para iniciar, mantener o terminar una respuesta emocional.

b.3) Congruencia: si la expresión emocional concuerda con el contenido de pensamiento expresado, la cultura y ámbito de examen, apuntar los ejemplos de expresión emocional inapropiadas.

c) Alteraciones perceptivas

c.1) Alucinaciones e ilusiones: si escucha voces o ve visiones: contenido, compromiso del sistema sensitivo, circunstancias en que aparecen, alucinaciones hipnagógicas.

c.2) Despersonalización y desrealización: sentimientos extremos de separación del yo o del ambiente.

d) Proceso del pensamiento

d.1) Productividad: sobreabundancia, escasez o fuga de ideas, pensamiento rápido, lento o dubitativo (apuntar si habla en forma espontánea o sólo cuando se lo interroga).

d.2) Continuidad: observar si las respuestas contestan las preguntas, si tiene objetivo y si son relevantes o irrelevantes, si existe una falta de relación causa-efecto en sus explicaciones, si las afirmaciones carecen de lógica, son tangenciales, evasivas, incoherentes, perseverantes, si existe bloqueo o distracción.

d.3) Alteraciones del lenguaje: deterioros que reflejan un proceso mental desordenado como discurso incoherente o incomprensible (ensalada de palabras)³ asociaciones fonéticas, neologismos.

e) Contenido del pensamiento

e.1) Preocupaciones: acerca de lo que pasa, problemas ambientales, compulsiones, temores, planes, intenciones, ideas recurrentes, impulsos antisociales.

Bibliografía

BÉLA SZÉLEKY L. C. Diccionario enciclopédico de la psique. Buenos Aires, Claridad, 1952.

MERANI A. I. Diccionario de Psicología y Psiquiatría Infantil. Barcelona, Grijalbo, 1981.

KAPLAN H., SADOCK B. Tratado de psiquiatría/ IV. Volumen I. Buenos Aires, Intermédica, 1997.

GLOSARIO

Dra. Gloria Annoni

A

Actitud: la estabilidad de una disposición. Disposición mental específica hacia una experiencia planteada que puede ser positiva o negativa.

Alucinaciones: percepción de algo sin que exista un estímulo externo. La primera observación la hace Esquirol, médico psiquiatra, 1888, quien es autor del término. Las más frecuentes son las alucinaciones auditivas, pero existen visuales, sensoriales, etc. Debe diferenciarse el origen del fenómeno, según sea de origen subjetivo o sea el efecto de situaciones patológicas de los órganos de los sentidos, o de intoxicación de sustancias.

Anhedónico: también se llama “anhedonia” a la falta de placer y displacer como cualidad efectiva.

E

Ecolalia: repetición relativamente automática de determinadas palabras o frases de las que han sido dirigidas al examinado.

Ecopraxia: también se dice “ecocinesia”. Del griego échos: sonido más kinesis: movimiento. Significa un impulso a repetir movimientos de los miembros.

H

Hipnagógicas: percepciones sensoriales involuntarias, sin objeto exterior, que aparecen en el momento preciso de la vigilia al sueño. Las más frecuentes son las visuales, asistiendo el sujeto semidurmiente a un verdadero desfile cinematográfico de las más variadas imágenes. De contornos muy netos, aparecen aisladas, imprevistas, no coordinadas y reiteradas. Pueden ser también auditivas: frases, palabras, notas, etc.

N

Neologismos: trastornos del lenguaje hablado que se manifiesta por la cantidad de palabras nuevas y/o desusadas que un sujeto emplea para expresarse.

T

Tangenciales: respuestas que no apuntan a la pregunta hecha.

SEMIOLOGÍA CLÍNICA

El extraordinario avance científico y tecnológico de la medicina en las últimas décadas no ha menoscabado el sentido humano-social de la misma. Pese a estos avances la relación médico-paciente, que se materializa a través del interrogatorio y de la exploración física, jerarquizando una conducta ética, debe ser el pilar fundamental en que se basa la perdurabilidad del rol del médico en la sociedad.

La enseñanza de Semiología, disciplina vertical de la nueva currícula implementada en la Facultad de Ciencias Médicas de Rosario, se ocupa de impartir los conocimientos, habilidades y conductas necesarios para el contacto con el paciente. Comprende la base sobre la que se irán articulando nuevos y más profundos conocimientos que permitirán orientarse al diagnóstico, la definición de los problemas y el tratamiento cuando esté indicado y control en el tiempo del paciente. Siempre con el estímulo para el desarrollo de las experiencias propias y ajenas, con una actitud de constante y continua formación.

Definición

Se entiende por Semiología la ciencia que estudia los síntomas y signos como manifestación de salud o de enfermedad. Comprende el estudio del lenguaje médico, la comunicación, la relación médico-paciente, el método clínico y su instrumento de registro es la Historia Clínica.

Objetivos Generales

La nueva currícula implementada aspira a formar un Médico de Atención Primaria dotado de una sólida preparación científica, capacitado para aplicar medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las patologías prevalentes. Con capacitación epidemiológica para contribuir a la preservación del estado de salud del individuo, su familia y la comunidad, con capacidad de abordaje biológico, social y psicológico en el marco de una conducta ética.

Brinda al educando desde el comienzo de su relación con el paciente, iniciada con Semiología Clínica, una formación científica de excelencia unida a una exhaustiva preparación práctica.

Objetivos específicos

Los contenidos específicos incluyen conocimientos, habilidades y actitudes para establecer una eficiente comunicación, relación médico-paciente, conocer el lenguaje médico, los Síntomas y Signos, aplicación del método clínico, la Historia Clínica orientada por Problemas, con las habilidades de registro del interrogatorio, del examen físico y Estudios Complementarios.

Recursos educativos

1. **Consultorio escenario:** Instancia donde se podrá observar, reflexionar, analizar y realizar una ficha de llenado en relación a la consulta observada con pacientes simulados y reales.
2. **Laboratorio de habilidades:** En esta instancia se realizará la construcción del conocimiento en base a lo realizado en el consultorio escenario y luego será acreditado lo aprendido sobre Comunicación, Relación Médico-Paciente y la técnica de construcción del interrogatorio de la Historia Clínica.
3. **Práctica en Consultorios Externos:** En esta instancia se le asignará un consultorio dónde desarrollara consultas médicas junto a un tutor médico con un paciente real. Actividad incorporada a Práctica en Terreno
4. **Consultas con Expertos:** fechas que serán diagramadas y publicadas en la Cátedra de Semiología Clínica.
5. **Centro de Habilidades Semiológicas:** Espacio de auto enseñanza que presenta un archivo de imágenes, fotografías, programas que generan sonidos normales y anormales y amplia bibliografía de la disciplina.

Relación Medico Paciente y Subjetividad.

Dr. Juan A. Artacho. Prof. Adj. Cát. Psiquiatría Adultos.

"En algún momento, cada ciencia se vincula al arte y, a su vez, cada arte posee su aspecto científico; el peor hombre de ciencia es aquel que nunca actúa como un artista y el peor artista es quien nunca lo hace como un científico. En las épocas primitivas la medicina nació como un arte que tenía su lugar junto a la poesía y a la pintura, hoy tratan de convertirla en una ciencia, ubicándola en compañía de la matemática, la astronomía y la física". Armand Trousseau. Lecciones sobre Clínica Médica. 1861

"Yo creo que llegará el día en que el enfermo de no se que, se abandonara a las manos de los médicos sin preguntarles nada. Estos médicos le extraerán sangre, calcularán algunas variables, multiplicarán unas por otras y curarán a este enfermo con solo una píldora. Sin embargo, si yo caigo enfermo me dirigiré a un viejo médico de familia. El me mirará el ángulo del ojo, tomará el pulso, palpará el vientre, auscultará, conversará conmigo.....después toserá, prenderá su pipa, frotará el mentón y me sonreirá para calmar el dolor..... ¡Desde luego yo admiro la ciencia! Pero también la sabiduría". Antoine De Saint – Exupery

El tema que hoy nos ocupa, la relación medico paciente, constituye un pilar básico sobre el que se sostiene la práctica del médico. Dicha relación se hallará siempre presente en todo acto médico y los efectos que emerjan de la misma repercutirán tanto sobre el paciente como también sobre el profesional. Asimismo dichos efectos tendrán incidencia tanto en el curso de la enfermedad del paciente como en la eficacia del tratamiento instituido. De allí que consideramos de gran importancia iniciar un camino que posibilite el abordaje de la problemática de este singular encuentro entre el médico y el paciente, evitando que el mismo quede reducido a una respuesta empírica personal guiada más por la intuición por parte del profesional que por un accionar reflexivo. Dicho recorrido entendemos que debe ser constitutivo de la propia condición de ser médico. Cabe señalar que el presente texto no pretende abordar dicha problemática, compleja y apasionante, en toda su dimensión sino que conforma una introducción a la misma, la que será retomada en sucesivos momentos de la carrera. El recorrido planteado en esta ocasión será enfocado fundamentalmente desde la perspectiva que reconoce la dimensión subjetiva presente en la misma y sus efectos en el acto médico.

Consideraremos a continuación a modo de inicio, dos factores que han incidido en la práctica médica en las últimas décadas, produciendo cambios vertiginosos en la función del médico y que han tenido una importante gravitación en la relación médico paciente. Ellos son el avance científico y la mercantilización de la medicina.

El avance científico y su efecto sobre la relación médico paciente.

Alguien dijo que en las últimas décadas del siglo veinte el vínculo entre los médicos y los pacientes ha cambiado más que en los veinticinco siglos anteriores.

Los grandes avances realizados en el campo de la ciencia moderna, han significado importantes pasos para la humanidad, y en este sentido la inclusión de la Ciencia en el campo médico ha reportado innumerables beneficios. Pero asimismo, es importante reconocer también efectos, diríamos colaterales, de la Ciencia sobre la práctica médica.

El incesante desarrollo científico ha dado lugar no sólo a la adquisición de nuevos conocimientos, sino también a cambios en la estructura del conocimiento mismo. En el siglo pasado, a partir de la década del 60, el anhelo científico de una mayor especificidad y profundidad del saber, trajo aparejado la división de los campos cognoscitivos. En la actualidad sería imposible que el profesional, como ocurría a principios del siglo pasado, pudiese abarcar la totalidad de los contenidos del conocimiento médico. La especialización y súper-especialización en el campo de la Medicina, como consecuencia de este incesante avance de la teoría y los métodos de conocimiento, ha llevado a conocimientos y prácticas muy específicas dentro de la actividad profesional. Esto en muchas ocasiones genera una impresión de que sus portadores desconocen todo lo ajeno al estrecho sendero de su propia parcela. Se plantea entonces, como articular estos diferentes saberes específicos, propios de cada especialidad, de tal modo que no generen la fragmentación del paciente y la pérdida de la visión de conjunto de los problemas.

La práctica médica, como consecuencia de esta incesante evolución científica, se ha visto transformada además, por el desarrollo de nuevas tecnologías que la ciencia pone a disposición de la Medicina. El riesgo de que el viejo arte de la Medicina quede reducido a la operación técnica es evidente. El acto médico, pasa hoy a

regirse por las mediciones y estudios que se proponen desde las mismas, produciendo un distanciamiento del médico respecto del enfermo, con una progresiva desestimación del valor clínico de la palabra, lo que habrá de tener efectos que no podemos soslayar.

Como sostiene J. Clavreul "en la actualidad la multiplicación de análisis y estudios de diagnóstico de todas clases hace cada vez menos importante el encuentro del médico con el enfermo". También el mismo autor se pregunta: ¿Cómo estar seguros de que la apreciación de los riesgos que implica una exploración de diagnóstico o una intervención terapéutica se hace en función de los intereses del enfermo y no por los imperativos técnicos del momento?

En la actualidad, la tecnología parece querer ocupar un lugar central en el quehacer del médico. La tradición que nombraba a la Medicina como el "arte de curar", ha quedado desplazada por la exigencia de cientificidad y tecnificación que enmarca el pensamiento positivista. En este sentido, son innegables los aciertos y logros realizados por el paradigma positivista y sus avances en el campo de las ciencias, pero también es importante atender a los efectos secundarios que el mismo ha traído en el campo de la relación médico paciente, subvirtiendo profundamente la posición del médico en la actualidad. Los efectos reduccionistas que produce dicho paradigma en el campo médico no pueden soslayarse. Desde esta postura el paciente queda reducido a un organismo viviente, pura máquina cibernética, sobre la que el médico habrá de intervenir. El paciente pasa a considerarse como una máquina a reparar y a la enfermedad se la trata como una pieza que falla o no funciona y que es necesario recambiar.

Pero por más tecnificado que esté el conocimiento médico, no debe olvidarse que el médico no es un técnico mecánico ni atiende máquinas, sino que trabaja con sujetos humanos que padecen de su estar enfermo, y una parte importante de la singularidad de su trabajo estará precisamente en la calidad del encuentro que pueda tener con el otro en ese contexto tan especial que se produce en todo acto médico.

Puntualicemos lo siguiente: la tecnología tiene efectos iatrogénicos cuando se transforma en el eje rector de toda la práctica, cuando no se la utiliza racionalmente produciéndose un uso indiscriminado tanto de técnicas instrumentales como de estudios de alta complejidad. En la actualidad, la multiplicación de análisis y estudios de todas clases hace cada vez menos importante el encuentro del médico con el enfermo y asimismo produce un encarecimiento de los costos en la atención médica. Situación esta última que habrá también de interrogarnos acerca de la factibilidad de su acceso a toda la población, en una medicina que sostiene ideales de igualdad y equidad para todos los seres humanos.

Esto nos habla de la paradoja que se instala en la Medicina a partir del avance de la ciencia. Por un lado los efectos de los avances de la misma son indudables y muy beneficiosos para la humanidad, pero por otro lado el discurso de la ciencia en su pretensión de una objetividad universalizante, ha despojado al acto médico de subjetividad lo cual ha tenido y tiene efectos muy importantes en el lazo social que se instala entre el médico y el paciente. La relación médico paciente desaparece como tal en tanto la intermediación de aparatos y estudios diversos pasa a ser el pivote sobre el que gira el acto médico.

Además la presión de la industria farmacéutica, induce en muchas ocasiones la decisión médica a través de sutiles mecanismos, conformando muy frecuentemente la prescripción del medicamento, un modo de respuesta única a la demanda del paciente.

Así, los avances tecnológicos han producido un desplazamiento de la medicina del enfermo a la de la enfermedad, dejando de lado este movimiento, la relación y el contacto con el paciente, sustituyendo el acto médico por el acto técnico, tornándose el vínculo del médico con el paciente cada vez más anónimo e impersonal. Como alguien señalara, "en el camino del tiempo, en atención al progreso y a la ciencia, el ojo clínico desplaza y sustituye a la voz, a la intimidad del tacto que establece la confianza entre médico y enfermo".

El arte de la Medicina desde siglos estuvo ligado a la capacidad de escuchar la demanda del paciente y a la calidad del vínculo que sostenía el médico con el paciente. Y en el vínculo que el médico establece con el paciente, como en todo vínculo humano, la palabra ocupa un lugar central. Aquellas palabras que se dicen, aquellas que son escuchadas de lo que se dice, y aún aquellas no dichas a las que el médico deberá darles un lugar y un tiempo para que puedan ser formuladas.

Compartimos aquí nuestros interrogantes ¿cómo establecer los lazos entre el médico, el paciente y la tecnología? ¿cómo recobrar aquello que caracterizó el viejo arte de la Medicina? ¿cómo hacer lugar a aquello que cada vez sufre mayor exclusión y que es la dimensión de la palabra, en un imperio donde imperan el silencio y la eficiencia?

La medicina mercantilizada.

Desde hace casi tres décadas venimos asistiendo a una nueva modalidad del ejercicio de la práctica médi-

ca que tiene repercusiones trascendentes en la relación médico paciente. La medicina ha pasado a convertirse en una actividad mercantilizada, donde inciden cada vez más los intereses económicos del mercado en la toma de decisiones en salud y donde el interés por el enfermo deja de ser el principal objetivo. El médico ha pasado a estar en la mayoría de los casos al servicio de los grandes sistemas sanitarios de asistencia colectivizada siendo el ejercicio de la profesión liberal una modalidad que ha pasado al recuerdo dando lugar a lo que hoy llamamos la proletarización del médico.

La institución ha pasado a ser el lugar que intermedia la relación entre el médico y el paciente dando lugar a nuevos problemas derivados del contexto institucional donde se desenvuelve su práctica, que requerirán del médico una perspectiva ética desde la cual posicionarse y responder a los mismos. Factores institucionales estos, que condicionan el despliegue de la relación médico paciente. A través de las directivas institucionales, emanadas a menudo por profesionales que provienen del campo de la Economía y no de la Salud, se ve direccionada en muchas ocasiones la práctica médica. Así por ejemplo, son implementadas pautas de atención a los pacientes cada vez más breves, que parecen transformar al acto médico en una medicina de urgencia. De este modo, el juicio clínico del médico se ve influenciado en muchas oportunidades por variables económicas que se hallan al servicio de la "salud institucional" más que de la salud del enfermo.

Como correlato de lo anterior, es cada vez más frecuente que el médico tenga que responder por su práctica profesional ante los tribunales. Los problemas relacionados con los juicios por mala praxis, generan para el médico una nueva situación de incertidumbre y angustia. Las demandas al médico de pacientes insatisfechos por su accionar han crecido de forma exponencial en los últimos tiempos, precisamente cuando la formación científica de los mismos y su eficacia diagnóstica y terapéutica es muy superior a la de cualquier otra época, lo cual nos alerta de la presencia de un malestar en la práctica médica, que aparece como síntoma y nos interroga acerca de sus causas.

La relación médico paciente. Niveles.

En forma amplia definimos la relación médico paciente como el "vínculo o lazo social que se instaura en todo acto médico entre un médico y un paciente". Lo que hay en esta relación son dos sujetos, uno de ellos a quien se le supone un saber (el médico) y otro que, en razón de ese supuesto, se dirige al primero con una demanda de curación (el enfermo).

Entendemos esta relación como una estructura, no rígida, sino dinámica, que pondrá en escena diferentes lugares. Así reconocemos en dicho escenario, el lugar del paciente, con su demanda, ¿de cura siempre? y el lugar del médico con su deseo de curar y preservar el cuerpo del paciente. Asimismo, el médico como decía anteriormente encarna el lugar de un saber que el paciente le supone, y que le posibilitaría salir de esa situación de sufrimiento de su cuerpo.

De acuerdo al modo en que estos lugares se ocupen, darán lugar a diferentes modalidades del vínculo instituido.

En este sentido diremos que no pensaremos en una única modalidad para todas las situaciones, y si en aquella que sea la más adecuada para determinado paciente, padecimiento o problemática clínica dada.

Podemos plantearnos dos niveles en la relación médico paciente:

1. Un primer nivel que llamaríamos instrumental que se corresponde epistemológicamente con una posición científica positivista, donde se concibe a la Medicina como una actividad objetiva y científica. El acto médico se sostiene fundamentalmente en un proceder técnico del médico, proliferando los métodos complementarios de diagnóstico. La enfermedad se presenta desde esta perspectiva como un proceso que afecta el organismo. El fin es de mostrar la enfermedad a fin de tratarla y curar al paciente, el cual es el portador de una afección en su organismo biológico. Aquí el paciente ocupa un lugar pasivo sobre el que se ha de aplicar el saber que posee el médico. El médico se ha de mantener en un lugar aséptico y neutral. El vínculo que se instala es de características impersonales, el diálogo entre el médico y el paciente posee interés en la medida que permita recoger datos que le posibiliten al médico realizar un diagnóstico de la enfermedad y para transmitir al paciente las instrucciones diagnósticas y terapéuticas. No se considera la subjetividad del paciente ni la del médico. La respuesta médica desde esta perspectiva esta centrada en la enfermedad.
2. Un segundo nivel que llamaremos subjetivo donde se reconoce la importancia del vínculo entre el pa-

ciente y el médico. Esta dimensión subjetiva, más allá de que se la tenga en cuenta o no, habrá de presentarse ineludiblemente en todo acto médico, gravitando tanto en el estado de enfermedad del paciente como en las vicisitudes del tratamiento.

En este nivel la respuesta del médico se dirige a un sujeto que se encuentra afectado por una enfermedad, sujeto simbólico este, producto de su historia y la Cultura. Se reconoce la subjetividad tanto del paciente como del médico y los efectos que la misma tiene en todo acto médico. Entendemos que el médico debe estar advertido de este nivel para así poder reconocerlo y obrar en consecuencia. Hemos de focalizar nuestro desarrollo en este segundo nivel subjetivo.

La dimensión subjetiva en la relación médico paciente. La transferencia.

Que el médico pueda reconocer en su práctica clínica con el paciente la emergencia de la subjetividad inconsciente habrá de ser de suma importancia para la relación médico paciente y por ende a la modalidad del vínculo que sostendrá con el mismo.

La subjetividad concierne a lo que podríamos llamar el ámbito de la dimensión inconsciente en cada sujeto. Esta dimensión inconsciente se gesta en la historia de cada sujeto y habrá de brindarle una manera única y singular de percibir la experiencia de su estar enfermo, podríamos decir "como siente y significa lo que le pasa". Si bien el médico dispone de un conocimiento científico que es cada vez más efectivo no deberá olvidar este otro registro que se halla presente en todo acto médico. Se tratará entonces para el médico de poner en suspenso su teoría científica, con su saber y sus certezas, no dando por supuesto ningún saber acerca de la singularidad del sufrimiento o del síntoma del sujeto, ofreciendo una escucha amplia que no condicione la palabra del paciente. Se trata aquí, de escuchar lo distinto, lo original de cada sujeto. El lugar de la subjetividad entonces habrá de ser aquel del uno por uno, del caso por caso. Vemos aquí el doble registro sobre el que habrá de sostenerse el lugar del médico, por un lado el saber científico, y al mismo tiempo su "no saber" sobre la singularidad del sujeto enfermo.

Esta dimensión subjetiva inconsciente habrá de manifestarse además en la relación médico paciente a través de lo que reconocemos como el fenómeno de la transferencia, que constituye un pivote central sobre el cual ha de girar dicha relación. En tal sentido, la transferencia habrá de direccionar las características del vínculo que se establezca entre el paciente y el médico, el cual se configurará de un modo singular con cada paciente y con cada médico. Para que se inaugure la situación transferencial, será necesario que el sujeto enfermo le suponga al profesional "un saber sobre lo que a él le pasa y por ende sobre lo que hay que hacer".

Muy acotadamente diremos que la transferencia, consiste en un fenómeno en el cual se actualizan deseos inconscientes del sujeto (paciente) los cuales pasan a investir la figura del médico que es tomado como referente. El paciente establece con el médico un modo de relación en el que tiende a repetir situaciones pretéritas con sus vínculos parentales (padre y/o madre).

La situación transferencial se manifestará a través de la demanda que el paciente dirija a su médico. En este sentido hay diferentes niveles de la demanda, una que es consciente para el paciente y otra que es inconsciente. A partir de esta última habrá de manifestarse la transferencia.

Además y más allá de la pretendida objetividad y neutralidad que se le exige al profesional, el médico también es un sujeto y por ello siempre estará implicado subjetivamente en la relación. Su propia dimensión subjetiva inconsciente también se hace presente en su práctica convirtiéndose en un motor o en un obstáculo para la toma de decisiones. Sus afectos, sus emociones, sus prejuicios, sus angustias, sus miedos, habrán de posicionarlo en un determinado lugar de respuesta frente al paciente. Por lo tanto diremos que el fenómeno de transferencia es recíproco, y comprende tanto a la subjetividad del paciente como a la del médico.

Cabe señalar, que dicho fenómeno inconsciente siempre estará presente en toda relación médico paciente y no dejará de producir efectos, más allá de que el médico lo desconozca o lo desestime, lo tenga en cuenta o no. La transferencia habrá de ser un poderoso motor para la cura o por el contrario una dificultad que traiga aparejada resistencias que obstaculizarán dicho proceso.

La relación médico paciente en este nivel no habrá de ser simétrica ni armónica, sino que habrá de caracterizarse por la co-existencia de encuentros y desencuentros entre el paciente y el médico, como consecuencia de las diferentes subjetividades que se ponen en juego en la relación. Por ello cada relación médico paciente conformará una original y particular modalidad de vínculo único e irrepetible.

El médico

¿"Curar a veces, consolar a menudo, aliviar siempre"?

¿Que es ser médico? ¿Cual es la función que el médico ha de cumplir?

Estas preguntas entendemos no pueden obviarse, y de las respuestas que cada uno realice a las mismas, advendrá una posición ética que direccionará los principios de su quehacer profesional cotidiano. Estas diferentes respuestas habrán de generar en consecuencia diferentes modalidades de la práctica profesional.

Nos preguntamos: ¿Qué lugar habrá de tener el paciente para el médico?, ¿habrá de ser el mero portador de una enfermedad o habrá de ser además un sujeto que padece y sufre por lo que le pasa?

El médico es una persona con sus aspiraciones, es decir que la medicina esta en manos de un sujeto, el médico. Cuando Uds. han elegido la profesión de médico, han elegido convertirse en el guardián y depositario de lo más precioso que poseen sus semejantes: la salud y la confianza.

Sobre el médico entonces pesará la responsabilidad de sostener una escucha de la demanda que el paciente le trae. El modo de responder a esa demanda habrá de marcar la función y el personaje del médico.

Paracelso, célebre médico suizo del siglo xvi, afirmaba acertadamente, que "es más importante saber qué persona tiene la enfermedad, que saber qué enfermedad tiene la persona". Recuerdo un docente que decía "un buen médico se mide por el interés que pone en sus pacientes, por una actitud que lleva al máximo el querer saber acerca de lo que le pasa al enfermo". Y distinguimos aquí que saber acerca del organismo no se homologa con saber acerca del paciente.

El médico en su función habrá de recoger y acoger todo aquello que como verdad médica le ha sido enseñado. Buscará constatar aquella historia de la enfermedad que un día le enseñaron. Examinará y tratará de hallar en ese cuerpo doliente, las marcas, las huellas de la enfermedad que delaten su presencia, para ponerle un nombre (diagnóstico) que tranquilice y le posibilite un saber hacer frente al paciente. Así, el médico se rige en su práctica por una generalización: "un tratamiento vale para todos los enfermos afectados por el mismo trastorno", pero se encuentra en muchas ocasiones con que no todos los enfermos responden por igual al mismo tratamiento.

"No hay enfermedades sino enfermos" es un viejo aforismo de la Medicina, aceptado por todos pero que en muchas ocasiones, en la actualidad, no pasa de ser un enunciado de buenas intenciones con poca repercusión en la realidad de acto médico

Hoy, al médico se le exige que aplique con criterios de eficiencia su saber científico a los cuerpos enfermos y de esta manera queda olvidado aquello que fundó el lugar del médico: la demanda que parte de aquel que sufre. De este modo, el médico en la actualidad se ve compelido por dos lógicas diferentes entre sí: por un lado debe responder en su condición de representante de la ciencia y por otro lado a la demanda singular y subjetiva del enfermo.

Asimismo el médico en la actualidad como señalaba anteriormente, no solo se ve llevado a tener en cuenta las demandas del paciente y de sus familiares, sino también las de la institución en la que ejerce, las de las Obras Sociales, las de los laboratorios medicinales, las de la economía de mercado y las de la realidad social de su práctica, lo que nos habla de la progresiva complejización que ha adquirido la demanda al médico en la actualidad.

Creo oportuno destacar para tener en cuenta que el lugar del médico, es un lugar de presiones, de decisiones difíciles, de incertidumbres, de riesgos, de angustias y ansiedades que no dejen de producir efectos para el ser humano que lo encarne. Leía recientemente datos significativos a tener en cuenta: "los médicos se infartan cinco años antes que el resto de la población, se divorcian nueve veces más y tienen una tasa mucho más alta de suicidios", datos que convierten a la Medicina en una profesión de alto riesgo. Esto nos habla de los efectos de la profesión y de la necesidad para el médico de contar con recursos no sólo científicos sino también subjetivos para responder a la misma.

La enfermedad...

¿El objeto de la medicina es la enfermedad? ¿El conocimiento de la enfermedad habrá de ser la brújula que guíe al médico? ¿El éxito de la curación habrá de depender de un exacto conocimiento de la enfermedad, de conocer los signos que diferencian unas de otras?

El estado de enfermedad se presentará para la persona como algo muy distinto al de la salud. Alguien dijo que la salud se percibe subjetivamente cuando se la pierde. Entre ambos, salud y enfermedad, el síntoma advendrá como un relámpago en el cielo, indicando el presagio de malos tiempos. Aparecerá como aquello que delatará al sujeto la presencia amenazante de la enfermedad.

Cuando el paciente se pregunta por su enfermedad opera permanentemente el sin-sentido, vivencia siniestra de lo inenunciable que amenaza y que angustia al sujeto. En muchas ocasiones se pregunta ¿porqué a mí? ¿porqué justamente ahora me tengo que enfermar?. Sentimiento de incompletud, de carencia, de que algo le

ha sido injustamente quitado y que re-significa su existencia.

La enfermedad es una construcción social producto del discurso médico. El paso del "estar enfermo" al de "tener una enfermedad" es un proceso que se realiza mediante la intervención de otro, en este caso el médico, cuando realizado el diagnóstico le dice al paciente "Ud. tiene tal enfermedad".

El paciente tiene una relación inconsciente con su enfermedad. En ocasiones, aunque la demanda explícita y consciente es que el médico lo cure, inconscientemente el deseo es otro: continuar enfermo. Como afirma J. Lacan se trata en estos casos de un desafío: "el paciente coloca al médico ante la prueba de sacarlo de su condición de enfermo". La enfermedad muchas veces, libera al paciente de enfrentarse con verdades dolorosas para él, con realidades que siente que no puede afrontar. Entonces algo en él se resiste a su curación y se mantiene tenazmente en el rol de enfermo. Podemos decir que "todo enfermo no solo tiene su enfermedad sino que él mismo y su historia hacen su enfermedad".

En este sentido, la práctica médica que pretende reducir al enfermo a puro "objeto natural" se ve interpelada en su quehacer diario por la presencia de manifestaciones subjetivas y personales que influyen e incluso determinan la aparición y las características de cada caso en particular.

Cada persona frente a conflictos de su diario vivir puede encontrar un modo de respuesta particular a su malestar, a través de la enfermedad, de sus síntomas, esos que inicialmente serán dirigidos al médico bajo la forma de una queja, de un pedido de curación. Este sufrimiento se corresponde con lo que S. Freud denominó el malestar irreductible del sujeto en la cultura.

Nuevamente, planteamos interrogantes: ¿Que lugar ocupa la enfermedad en la vida del sujeto? ¿como operar humanamente con el modo de padecer la enfermedad que tiene cada enfermo?

Del enfermo al paciente que consulta.....

El padecer una enfermedad ha de representar para el enfermo un encuentro con su cuerpo. Cuerpo que tendrá una dimensión que irá más allá del organismo biológico, cuerpo que será fuente de placer, que tendrá particulares maneras de gozar, y que además habrá de enfermar y envejecer y en este sentido será fuente de sufrimiento para el sujeto. La enfermedad, el envejecimiento han de aparecer entonces como amenazas que pueden venir a romper la imagen que cada uno tiene del mismo.

Nos dice Georges Canguilhem: "Las enfermedades son instrumentos de la vida mediante los cuales el viviente, tratándose del hombre, se ve obligado a confesarse mortal"

La enfermedad aparece como un intruso inesperado en la vida de un sujeto. Registra su estar enfermo como sufrimiento físico, como algo que no anda bien y que es vivido como una carencia, como que algo le falta (la salud), como que algo falla en su cuerpo y lo expone a un "no saber" que se traduce muy frecuentemente como angustia. Ocurre en el algo que no entiende, de lo cual no sabe y ante lo que no tiene respuestas para lo que le sucede. El síntoma genera en el sujeto una pregunta, un punto de opacidad que no acierta a descifrar.

En un primer momento el enfermo intentará responderse estos interrogantes con suposiciones que emergerán desde su propia subjetividad. Cuando las mismas le resulten insuficientes para responder a este no saber enigmático e inquietante, para hallar respuestas a este interrogante, recurrirá entonces al médico. En el momento en que el enfermo decide consultar al médico allí comienza a ubicarse en el lugar de paciente. El médico pasa a ser así el depositario de un saber específico sobre lo que a él (al paciente) le pasa en su cuerpo que le ayudará a recobrar ese bien tan preciado para él que es la salud perdida. En esa posición de saber lo instituye el sujeto.

El malestar o dolor del paciente, es percibido desde el punto de vista profesional bajo la forma de diagnóstico y consecuente tratamiento. El médico habrá de escuchar la queja del paciente, detectando los síntomas y signos que presenta el mismo. Decodificará los síntomas llevándolos a la categoría de signos, y del agrupamiento de los mismos, nominará (diagnosticará) la dolencia del paciente en un cuadro nosográfico el que habrá de remitir a un saber "a priori" vinculado a la misma, a partir del cual realizará las inferencias fisiopatológicas y anatómicas, y el consecuente tratamiento. El cuerpo será para el médico un cuerpo de signos, que deberá responder a la nosografía clínica. Esta lógica, presupone que todos los sujetos son iguales (en su enfermedad) ante los mismos signos, la disfuncionalidad orgánica los iguala independientemente de cualquier subjetividad.

Pero ¿quedaría respondida suficientemente la demanda del paciente mediante una práctica instrumental y generalizadora? ¿o habrá un resto inasimilable que requerirá de que el médico se pueda formular nuevas preguntas en torno al padecer del mismo?

Ginette Rimbault nos dice: " para el médico, el conocimiento biológico del cuerpo, que es cada vez más perfecto, no va acompañado de un conocimiento del sufrimiento del sujeto, sufrimiento que tiene unas coordenadas distintas de las de la Biología".

Todo ser humano que transita el "estar enfermo" habrá de vivir de una manera única y singular su situación. ¿Qué significación habrá de tener para él, el estar enfermo? ¿Qué representa, que significa para él la enfermedad? ¿Cuáles son los valores subjetivos desde los cuales ha de significar lo que le ocurre? ¿Por qué en este momento cae enfermo?, ¿Qué consecuencias socio familiares y económicas, le acarrearán? ¿Volverá a recobrar la salud perdida o formará parte de un pasado irrecuperable? Todas preguntas que se formulará el paciente y que también formarán parte de la demanda dirigida al médico. ¿Podrá el médico escucharlas o hará caso omiso a las mismas? ¿Tendrá respuestas que tranquilicen, que orienten al sujeto en este momento tan crucial de su vida?

Además, en la práctica médica sobre todo la del médico generalista, es común que muchas de las consultas de atención primaria estén motivadas por o sean manifestaciones subjetivas de problemas afectivos y emocionales. Aquí, el médico ya no podrá manejarse con los mismos presupuestos teórico-conceptuales que utiliza para la enfermedad orgánica. El síntoma psíquico, expresión singular de cada sujeto, habrá de representar un modo particular de "decir" acerca de su sufrimiento. No habrá de ser ya la manifestación de una enfermedad orgánica sino que formará parte de los recursos subjetivos inconscientes del sujeto para enfrentar sus conflictos psíquicos. Como señalara S. Freud el síntoma psíquico es el costo que paga el sujeto para defenderse de la "desdicha cotidiana". Salida momentánea, lábil si se quiere pero la única respuesta que ha podido encontrar el sujeto a su malestar.

Para finalizar, he de señalar que este escrito marca un recorrido inicial, que ha de proseguir en los años siguientes. También es una invitación a quienes se sientan sensibilizados por la problemática a continuar con sus lecturas y reflexiones, no dudando que las mismas habrán de contribuir a brindarles un posicionamiento ético de vital importancia para vuestra futura práctica profesional.

Abril 2009.

Bibliografía:

1. Lucien Israel. El médico frente al enfermo.
2. Jean Clavreul. El Orden Médico.
3. Benjamin Uzorkis. La subjetividad en la práctica médica.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: ANTECEDENTES Y PROYECCIONES

Prof. Dr. Miguel Ángel Santhiá

I) Introducción

Durante decenios se han hecho esfuerzos para expandir los servicios de salud, para ampliar la cobertura y fomentar la participación social; se han expuesto las razones para ello y se ha repetido la necesidad de aplicar determinadas políticas a los procesos de planificación en salud y sus contenidos programáticos. No obstante esta preocupación de los organismos sanitarios internacionales, muy pocas veces se han dado bases conceptuales sobre las cuales debían asentar las propuestas.

En la década del 60 se hicieron manifiestas críticas a los sistemas de salud arcaicos, caracterizados por su “limitada accesibilidad, su costo prohibitivo y la indudable insatisfacción tanto del receptor como del dador”. (Documento Oficial OPS / OMS, 1963).

En posteriores reuniones de los Ministros de Salud de las Américas y en distintas resoluciones del Comité Regional de la OMS para las Américas, se planteaba a su vez la importancia de “propugnar cambios de las estructuras tradicionales, para convertir en realidad la cobertura que entraña el derecho a la salud”. En tal sentido, se propiciaba desde el punto de vista administrativo, la coordinación de todas las instituciones que podían prestar cuidados sanitarios y desde el punto de vista funcional, la integración de las técnicas de prevención y curación en todo el sistema.

Hacia la década del 70, a propósito del Plan Decenal de Salud para las Américas, se establecieron nuevas metas tendientes a la “consolidación de los servicios existentes y a su proyección, para extender las necesidades de salud integral en las comunidades que no las reciben”.

Al mismo tiempo, se estimaba como requisito fundamental la definición, en cada país, de políticas de salud en las que debían especificarse claramente los objetivos y las modificaciones estructurales que se requerían, para que los gobiernos de la región pudieran cumplimentar las recomendaciones efectuadas.

La XXX Asamblea Mundial de la Salud lanzó como meta social “alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000, un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva” (STP/2000). Se iniciaba de este modo el camino para la conceptualización de la atención primaria de la salud (A.P.S) como una de las estrategias para el cumplimiento de dicha meta.

Entre el 6 y el 12 de setiembre de 1978, tuvo lugar en la entonces Unión Soviética, la Conferencia de Alma - Ata, a la que asistieron delegados de 134 países y representantes de 67 organizaciones internacionales.

La Conferencia culminó con la adopción de la denominada DECLARACIÓN DE ALMA-ATA y de 22 recomendaciones, con el objetivo de lograr, precisamente, la mencionada meta de “salud para todos en el año 2000”. La clave para alcanzar dicho objetivo era el desarrollo de sistemas sanitarios, en cuyo centro se situara la atención primaria de salud (A.P.S) como “función central y núcleo principal de los sistemas nacionales de salud”.

Se trataba de una empresa muy audaz ya que prefiguraba, en gran medida, “el desarrollo de la asistencia sanitaria que tendría lugar más tarde en muchos países y la actividad que llevarían a cabo diversas organizaciones internacionales”.

II) Definición y marco conceptual

En la histórica reunión referida hubo acuerdo en definir a la ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (A.P.S) como:

“La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena

participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos y la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria...” (ver: ANEXO I).

Conforme a esta definición, la A.P.S debería tender a satisfacer tres aspectos fundamentales:

- a) mejorar el acceso y utilización de los servicios de salud,
- b) aumentar la disponibilidad relativa de los recursos,
- c) poner en operación un sistema técnico y administrativo, que responda a las necesidades y aspiraciones de la población (A. Kroeger y R. Luna / OPS).

Según señalan los citados autores “es importante tener en cuenta que la estrategia de Atención Primaria de la Salud no significa la negación del gran valor de los avances tecnológicos modernos en el cuidado integral de la salud; por el contrario, sugiere la necesidad de organizar el uso de la tecnología (tecnología apropiada), de manera que sus beneficios lleguen a toda la población y no quede restringida a determinados grupos de ella”.

III) Perspectivas de la Atención Primaria de la Salud

Siguiendo a H. Vuöri se pueden analizar los aspectos conceptuales de la APS desde diferentes perspectivas, a saber:

1. Como una filosofía orientada al desarrollo de un sistema sanitario que garantice el derecho a la salud, dentro del marco de los derechos fundamentales de las personas.
2. Como un conjunto de actividades que están expresadas en la Declaración de Alma Ata, en los siguientes conceptos básicos:

“La educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondiente; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y los traumatismos comunes, y el suministro de los medicamentos esenciales”

3. Como un nivel de asistencia que incluye una serie de “escalones de acción”, que pueden tomarse como referencia para la organización de la estructura del Sistema Sanitario, a saber:

a) El individuo o el grupo familiar: que constituirían el primer escalón de la acción sanitaria.

b) La comunidad: cuya organización puede ir desde el fomento de movimientos de poblaciones, con el fin de cooperar en la búsqueda de soluciones a problemas emergentes de crisis sectoriales o sociales, hasta la puesta en marcha de experiencia de participación movilizadora con protagonismo activo.

c) El agente de salud de la comunidad: en el que se incluye, según experiencias de distintas propuestas programáticas de la APS, un recurso que surge del seno de la propia población (reconocido como “agente sanitario”), que cumple con distintas funciones, predominantemente en lo vinculado a promoción de salud, en la zona en que se desarrolla su acción específica.

d) El escalón básico: que constituye el PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN dentro de un sistema de atención regionalizado y referenciado. En general, incluye centros de salud, consultorios periféricos, dispensarios, etc.

e) El escalón intermedio: que estaría representado por un SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, que difiere del nivel precedente en que otorga servicios de mayor complejidad, en términos de recursos humanos y materiales.