



Asociación para el Estudio de Temas Grupales,  
Psicosociales e Institucionales

## AREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

[www.area3.org.es](http://www.area3.org.es)

Nº 2 – Primavera 1995

*Los tres informes que vienen a continuación han sido solicitados por área 3 a distintos compañeros médicos. Sus reflexiones muestran las dificultades e interrogantes que surgen en el trabajo asistencial en atención primaria cuando se aborda desde una perspectiva crítica.*

### La concepción de salud y enfermedad en el centro de salud ¿Modelo organicista o modelo integral?

*Juan Carlos Verdes-Montenegro* <sup>(1)</sup>

(Resumen de la entrevista realizada al autor por la Redacción de **área 3**.)

**Pregunta:** Podríamos empezar esta entrevista con una hipótesis un poco fácil y esquemática, a saber: que para responder a las necesidades y problemas bio-psico-sociales del individuo las instituciones organizan esta atención en partes excesivamente separadas.

¿Cuál es tu opinión sobre esto?

**Respuesta:** En buena parte es cierto que al Insalud le recaiga lo *bio*. Creo que está condicionado por tres motivos:

- La formación pre y posgrado que recibe el médico.
- Las líneas de actuación del Sistema Sanitario en Atención Primaria.
- La propia concepción que tiene el paciente de la salud y enfermedad.

**P:** Profundicemos en estos tres puntos.

---

<sup>1</sup> Juan Carlos Verdes-Montenegro es médico de familia y coordinador del Centro de Salud A/cala" de Guadaira. Insalud. Madrid Área 1. Ha sido gerente de Atención Primaria durante los años 1990-92 en el Área 5 de Madrid.

**R:** En cuanto al primer motivo convergen varios aspectos en lo que llamamos formación: Por una parte nuestra formación en la Facultad. Esta se orienta más a lo orgánico, a la especialización (nefrólogo, cardiólogo...). Incluso lo psicológico o mental se concibe como una especialidad en sí. A su vez incorporamos la aspiración de que como médicos podemos y debemos curar o resolver todo. Después finalizamos los estudios, y al empezar a ejercer en el mundo real descubrimos, si se tiene la suficiente humildad y sinceridad, que lo orgánico está enlazado con lo psicológico y con lo social; que no todo se resuelve con un buen diagnóstico clínico y tratamiento médico. En definitiva, a uno se le rompe el esquema y su prototipo.

También irá influyendo la edad del médico. En el trascurso de su vida descubre las enormes influencias existentes entre los tres elementos, pues él mismo tendrá ocasión de vivirlo en sí mismo o en su entorno. Vivencias como la muerte, el duelo, el desempleo, los conflictos en las relaciones humanas o cualquier tipo de estrés se acaban descubriendo como desencadenantes de patologías orgánicas. Bien es cierto que al principio es uno mismo quien se niega a reconocer la correlación entre multitud de síntomas y/o enfermedades y los aspectos psicológicos (vivenciales) y sociales. Pero progresivamente se hace cada vez más evidente que son tres partes de un todo.

Llegar a este punto de vista dependerá por tanto en buena parte del propio médico.

En caso de orientarse su visión de la enfermedad hacia esta perspectiva integral obviamente tendrá siempre estos tres elementos presentes en su práctica diaria.

Decíamos al principio que otro factor que influye es el propio paciente. Por una parte él disocia el mundo de los síntomas (dolor de cabeza, opresión en el estómago mareos, insomnio...) de sus problemas vitales; le cuesta reconocer el vínculo entre ambos. Es decir, se refugia en aquéllos y además deposita en ellos el motivo o pretexto para acudir a la consulta del médico. De hecho en nuestra cultura no se concibe acudir al médico si no es con un problema orgánico.

Acto seguido el paciente solicitará al médico todo tipo de estudios y exploraciones pensando que va a resolver así todo su problema. Por más que uno quiera hacerle reflexionar aparecerá una fuerte existencia o negación. Este hecho es muy notable en pacientes ancianos pues habitualmente no aceptan multitud de síntomas propios del envejecimiento (mareos, dolores articulares, pérdidas de memoria...). La importancia que le dan a estos síntomas está muy en relación con el grado de aceptación de la vejez.

**P:** Entonces, por lo que se desprende de lo que dices, ¿la función del médico no sería estrictamente la de curar?

**R:** No en sentido absoluto. El médico y la enfermera deben colocarse como personas de apoyo al paciente llevándole hacia el autocuidado y el autorreconocimiento de las circunstancias que vive en ese momento. Tener esta actitud y cometido frente al paciente no quiere decir en absoluto que el profesional pueda descuidar en ningún momento su formación clínica.

**P:** ¿La formación actual del médico de familia está dirigida hacia esta visión integral?

**R:** La formación del médico de familia se inclina más hacia un modelo anglosajón, concibiendo al médico general como un médico internista que actúa fuera del Hospital, con gran capacidad de resolución frente a todas las patologías, y una responsabilidad importante en el campo de la prevención de enfermedades (vacunación, diagnóstico precoz del cáncer, factores de riesgo de enf. cardiovasculares...). Se sigue encuadrando por tanto en un modelo organicista.

**P:** ¿Y qué sucede con el tercer elemento que mencionabas al principio, la institución, el Sistema de Salud?

**R:** Viene a reforzar esta visión orgánica de la enfermedad. Se está potenciando e incluso elaborando normas técnicas que unifiquen y aclaren todas aquellas actuaciones que se deben realizar para prevenir y curar las enfermedades de riesgo; concretamente hipertensión, diabetes y obesidad. No es que carezca de importancia el unificar y medir este tipo de intervenciones que tiene un claro beneficio en el nivel de salud de una población. Pero en la medida en que constituyen el pilar fundamental de la atención primaria conlleva a unas consecuencias que son determinantes del modelo organicista.

Veamos algunas de ellas:

La formación continuada que se imparte se centra exclusivamente en aspectos biológicos. Si por ejemplo asistimos a un curso de "Atención a Pacientes Terminales", recibiremos pautas sobre el tratamiento del dolor, complicaciones más frecuentes, etc., pero rara vez se abordará *cómo tratar la muerte con el moribundo o con los familiares*, menos aún se abordará la actitud del propio profesional frente a la muerte. Cuando posteriormente acudimos con un curso de estos a la cabecera del enfermo, nos damos cuenta de que algo nos falta, *algo se nos escapa*.

- *El protagonismo del Equipo de Atención Primaria* recae desmesuradamente en el médico. Pasa a un segundo término la labor de la enfermera, cuando resulta que en la actualidad es quien más está abordando con el enfermo los aspectos integrales. ¡Qué menos que reconocer esta función y potenciarla! Tampoco se tiene en cuenta el trabajo del celador y el auxiliar administrativo 'que son quienes realizan el primer contacto con el paciente.

- La idea de *equipo* se va quedando en segundo término. Es bien sabido la correlación entre una visión integral de la salud y el trabajo en equipo, el trabajo multidisciplinar.

- Enlazando con esto último, no se han ido enriqueciendo los Centros de Salud con otros profesionales como psicólogos, sociólogos, pedagogos, etc.

- No se potencia el trabajo con la comunidad ni la educación para la salud en grupos. El contacto con la comunidad podría dar a los profesionales una visión de la salud y de la realidad que no va a coincidir con la que percibe sentado en su consulta.

- No se prevé el tiempo que requeriría una atención integral a la población. El ratio de número de habitantes/médico se calcula en base al tiempo que se necesita para atender a

todos los procesos preventivos y de enfermedad que ya hemos mencionado anteriormente. No se tiene en cuenta el tiempo necesario para otro tipo de comunicación médico-paciente.

Si bien se reconoce en cierta medida el valor de la comunicación *persona a persona* y *no médico a órgano*, la atención integral resulta difícil de medir, de sentar normas de actuación y evaluarlas. Y esto hace que se ignore a la hora de considerarla una variable de calidad de la asistencia. Nos podríamos preguntar: ¿sabe el médico *conversar, comunicarse* con un paciente varón de 58 años que es hipertenso y se encuentra en jubilación anticipada, de repente sin actividad laboral, con su sueldo congelado y sus hijos aún estudiando? (parece a primera vista algo dramático, pero cada vez es más frecuente este tipo de situaciones). Aparte de decirle "*no coma muchas grasas, no eche mucha sal, no engorde, camine mucho...*", ¿sabe el médico ponerse en su lugar, permanecer ahí, simplemente conversando, acompañando y en el mejor de los casos ayudándole a que reflexione sobre cuál es su relación con el momento presente, con lo que hay detrás de la *tensión alta*? ¿Quiere realmente el médico hacer esto? ¿Sabe de su importancia? ¿Lo sabe el Sistema Sanitario? ¿Sabe que toma tiempo y a su vez es de vital importancia?

**P:** ¿El frecuente descontento del médico de familia se debe a la imposibilidad para hacer este tipo de medicina?

**R:** Existen una serie de problemas que están limitando un *mejor hacer* del médico, tanto si es de inclinación organicista como del modelo bio-psico-social. Nos referimos sobre todo a la excesiva burocratización de la consulta, la elevada presión asistencial y la baja coordinación con los especialistas. La consecuencia es una reducción del tiempo real disponible para cualquier tipo de actuación.

La escasez de elementos motivadores y de incentivación es otra causa de descontento pero queda al margen del tema que tratamos.

**P:** Visto todo esto, ¿cómo se podría favorecer este modelo de atención integral?

**R:** En primer lugar entendiéndolo, reconociendo la interrelación entre los tres elementos. Cualquier institución, en este caso la sanitaria, debería influir en el logro de este equilibrio, asumiendo que tendrá mayor peso en uno de ellos. No debería perder la perspectiva de estar como punto de apoyo para que la persona viva en armonía consigo misma. Ya hemos hablado antes de la necesidad de mejorar la formación en este sentido.

Faltan espacios de reflexión a todos los niveles, desde el Centro de Salud hasta la Administración Sanitaria. Pero no estamos tan lejos de una atención integral. Cada vez más profesionales se detienen y cuestionan adónde estamos llegando, qué modelo estamos perpetuando y qué estamos realmente resolviendo al margen de los adelantos técnicos. ¿Qué nos pide el paciente como personas y qué sabe que no encontrará en un medicamento, en una exploración?

**P:** No resulta frustrante trabajar con la enfermedad sabiendo que lo de *curar* no es tan absoluto? Es difícil ser optimista.

**R:** Desde la perspectiva de *apoyo o ayuda* al paciente no lo es. Más bien diría que es un privilegio poder acompañar a tantas personas. Ambos nos enriquecemos.