

La (re)interpretación del síntoma en atención primaria *

José María Uribe Oyarbide

Introducción



a implantación de la Atención Primaria de Salud ha supuesto la reorganización del acceso al sistema de cobertura sanitario derivado de la reforma sanitaria. En este artículo se plantea un esbozo de las consecuencias que tiene la substitución progresiva del modelo de Ambulatorio por el de Centro de Salud. En concreto, a través de una metodología cualitativa centrada en la observación participante y en el estudio de entrevistas en profundidad efectuadas con los trabajadores de un Equipo de Atención Primaria, se ha optado por analizar cómo el cambio propuesto no es sólo técnico —en cuanto a prácticas medidas a potenciar o erradicar—, sino que conlleva una redefinición del papel de la enfermedad y la salud en el medio social, así como una reeducación que supera lo entendido como sanitario por los usuarios.

Los Centros de Salud se diseñan como la estructuración de atención a la salud que desde la Reforma Sanitaria se quiere instaurar en el nivel primario de cuidados de salud y enfermedad. En el Estado español, su aprobación se recoge en el año 1984 (BOE 1984: 2627-2629) desarrollando y asentando su papel en el sistema sanitario a través de la Ley General de Sanidad de 1986.

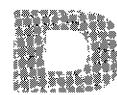
Estos centros nuclean toda su actividad alrededor de una nueva especialización como es la Medicina Familiar y Comunitaria. A través de los Médicos de Familia y por medio de grupos interdisciplinares con personal sanitario y no sanitario —enfermería, auxiliares de clínica, trabajadores sociales, celadores y auxiliares administrativos— se constituyen los Equipos de Atención Primaria.

La práctica asistencial de los Médicos de Familia en los Centros de Salud permite acercarse a la vigencia y traducción cotidiana de un discurso de aplicación del conocimiento médico —la Atención Primaria de Salud— que pasa por ser uno de los pilares del modelo de salud propugnado internacionalmente. Ese conocimiento, entendido como destreza en el uso de ciertas acciones técni-co-científicas de diagnóstico y tratamiento incluye, no en menor medida, unas acciones expresivas que otorgan significado al objeto/sujeto de trabajo —el enfermo/la enfermedad— y a los pasos que se siguen en la relación médico-usuario. Me centro en el síntoma como dato, aparentemente clave en cualquier acto médico, dada su doble condi-

ción de elemento provocador del recurso a la institución médica y de vivencia subjetiva del usuario. Desde el síntoma se abre un abanico de estrategias instrumentales y comunicativas a seguir por médico y usuario —a veces, en sintonía, pero las más en colisión— que responden a la validación del síntoma o a su transformación en signo o símbolo de otro plano cognitivo, hasta ahora no unido a la salud/enfermedad.

El juego entre síntoma, signo y símbolo y la decadentación por este último, indica una significativa variación en el enfoque de los procesos de salud/enfermedad que refuerza la caracterización como sistema cultural de cualquier sistema médico (Good, 1977; Kleinman, 1980; Turner, 1980).

Síntomas y signos



Dentro del mundo sanitario se acepta que la determinación y designación de un usuario como un tipo u otro de enfermo se basa en la semiología médica. La semiología del médico se ha definido como «el estudio de los síntomas e indicios naturales a través de los cuales se manifiestan las enfermedades» (Guiraud, 1985:7). Este estudio se ha visto reducido al mundo de lo natural presuponiendo que esos «síntomas e indicios naturales» al no tener intención de comunicación (Guiraud, 1985:33) no «son signos en el seno de la vida social» (Saussure, 1985:29). No obstante, parece obvio que el propio concepto de síntoma como vivencia no puede eludir la significación cultural intrínseca. Y, por otra parte, los «indicios naturales», que pueden entenderse como resultados de pruebas analíticas, aun no implicando esa intencionalidad comunicativa sólo existen en cuanto son obviados o resaltados y, en este sentido, interpretados por la cultura médica.

Por consiguiente, la semiología médica es parte de la semiología como «el estudio de los sistemas de signos no lingüísticos» (Guiraud, 1985:7). De ahí que la distinción entre síntoma y signo no parezca ser una diferenciación de esferas de significación —la natural y la cultural—, sino más bien de niveles de interpretación. El síntoma es subjetivo e inefable, mientras el signo es compartido y objetivable.

En el contexto del Centro de Salud se modifi-

can tanto el síntoma como el signo. Se incorpora una visión del lugar e importancia del síntoma que conlleva una redefinición de su contenido. Y, al tiempo, se amplía y varía el papel de los signos pertinentes en la asistencia sanitaria.

En el modelo ambulatorio, el enfermo era definido según sus síntomas o, lo que es lo mismo, desde aquellos trastornos molestos que el sujeto señalaba al médico; el médico necesitaba al síntoma para orientarle sobre el tipo de enfermedad.

En el modelo de Atención Primaria se relega al enfermo, su visión subjetiva, y se prima la enfermedad, la objetivación de un proceso morboso. La enfermedad se constata en el usuario sea él consciente o no de ello. Esta enfermedad no tiene por qué traducirse en sensaciones experimentadas por el individuo; puede estar presente a través de signos que sólo advierte el médico por medio de la exploración y las pruebas analíticas y radiológicas. La enfermedad buscada indica el síntoma a encontrar y a evaluar.

Se distingue, así, entre la sintomatología, comprendida como los síntomas que el usuario percibe, y la semiología, que abarca el conjunto de signos que el médico va a tener en consideración. Aquí, los síntomas propiamente sólo juegan un papel más, no el decisivo. El síntoma se contextualiza dentro de antecedentes de otras situaciones similares, dentro de la existencia de enfermedades de especial dedicación en los objetivos de Atención Primaria —enfermedades del programa— o no, de otras alteraciones pasadas, de sus problemas familiares, de su frecuencia en las visitas al Centro, etc. La combinación de la sintomatología del usuario subsumida en la semiología médica depende de la semántica clínica que es la que confiere sentido a cada síntoma y signo que maneja el médico de familia.

Hay, entonces, tres variables que se entrecruzan: el *síntoma del usuario*, es decir, lo que él cuenta como percepción inesperada; el *síntoma para el médico*, que será aquella sensación transmitida por el usuario que entra dentro de la lógica de un trastorno o enfermedad clínicamente estructurado; y, el *signo médico*, aquel elemento que capta el médico y no el usuario y que muestra una alteración de algún género. Se puede hablar, como mínimo, de dos niveles que se entrecruzan: el del lego, que sólo puede relatar la subjetividad, y el del médico, que interpreta siempre esa subjetividad, buscando y otorgando determinados significados a elementos objetivables.

De enfermos a enfermos: de la constatación a la gestión

irectamente entrelazado con lo anterior se encuentra uno de los rasgos que manifiestamente más caracteriza al nuevo modelo de prestación sanitaria en la medicina primaria: el galimatías de categorías. Donde estábamos acostumbrados a escuchar las palabras *enfermo* y *consulta* nos encontramos con variaciones terminológicas tanto para las personas atendidas por el nuevo servicio como para los tiempos de su actividad sanitaria.

El Ambulatorio como dispositivo de vigilancia y supervisión de la transmisión de quejas de la población actúa clasificando y distribuyendo en los distintos servicios sanitarios al enfermo que acude a la institución. El síntoma que necesita para su función ordenadora/reguladora le resulta imprescindible, pues no tiene el cometido, ni por tanto los medios, para intervenir sobre la salud de los ciudadanos. Supervisa la enfermedad y traza sus rasgos definitarios. Su tarea se centra en inventariar y tramitar para otros servicios (especialistas, hospitalares) la enfermedad que se le presenta.

El Centro de Salud, por su parte debe actuar como agente generador de salud: su orientación preventiva y de promoción y educación en salud pasa por la gestión de la salud/enfermedad de los usuarios. La vivencia legal —el síntoma— se infraavalora por lo que tiene de indefinición y vaguedad como dato científico. Por ello, los Equipos de Atención Primaria construyen sus propios elementos —síntomas que sí se validan y signos que se detectan— para evaluar el estado de salud del usuario. Ese proceso de indagación e interpretación se articula como conexión simbólica entre dos contextos diferentes: la vivencia de enfermedad del usuario y la búsqueda de salud de la institución. Hay una substitución por parte del trabajador sanitario de un referente por otro, de una alteración de las expectativas en el discurrir de la vida cotidiana a la evaluación y proyección de un modo de vida a alcanzar definido como saludable y, en consecuencia, deseable para el usuario. El médico de familia no está, prioritariamente, para curar al enfermo, sino para estructurar y construir niveles de salud en los usuarios y en la población.

De ahí que la enfermedad en el Equipo de Atención Primaria, para ser nombrada como tal, debe reflejar un orden en los síntomas relatados y

aceptados. Si no es así, se piensa que todavía no es un problema asistible o que «no es de médicos» (VII)³. Si, residualmente, sigue teniendo que encarar la enfermedad ésta va a ser retraducida en ocasión para logros de salud. Al menos retóricamente, se aplican criterios de eficacia y eficiencia. Se parte de una tipificación de casuísticas que transforma la ambigüedad e indefinición sospechada de un único rótulo para distintas situaciones —tanto clínicas como relaciones— en una ordenación ajustada a prioridades y formas de gestión médica.

El médico una vez que ha calificado al usuario como enfermo, le asigna a un tipo de consulta: consulta a demanda, consulta citada, consulta programada, avisos domiciliarios y visita a terminales⁴. En cada una de éstas el médico va a enfocar el proceso diagnóstico buscando y fomentando la clase de síntomas que concuerden con signos por él recabados o que prevea como existentes en base a la clasificación realizada. De manera que el síntoma preguntado al usuario y la importancia clínica que se le conceda variará en función de si es catalogado como enfermo de demanda (incluyéndose los avisos domiciliarios), enfermo citado, enfermo programado o enfermo terminal.

La reformulación que se ejerce sobre el lugar del síntoma en la consulta médica llega a poner en cuestión su necesidad para la exégesis médica. No obstante, esta devaluación del síntoma parece no poder ser total, ya que todavía es a través del síntoma por lo que se origina el primer contacto entre usuario y médico.

Jerarquía en la atención Prioridades y contingencias en la gestión sanitaria



n todo caso, el discurso médico del Centro de Salud intenta adecuar los síntomas a signos. Y esto, porque quiere hacer corresponder las vivencias de malestar a lo que él estima que debe ser significativo —«por lo que se debe ir al médico»— y, a la vez, pretende que situaciones no vividas como de enfermedad se conviertan en síntomas para el usuario «hay que cambiar los modos de vida»⁴. El médico presta más atención a posibles síntomas no

mencionados e inespecíficos sobre los manifestados y específicos. El Equipo de Atención Primaria maximiza esta oposición en la intrascendencia que adjudica a la presencia de síntomas en «los funcionales»⁵ y en la importancia que confiere a su ausencia en «los crónicos programados». Las enfermedades de «la demanda», minusvaloradas por el médico, se contemplan como tolerables no tanto por lo que sienta el usuario como porque se suponen acabadas en sí mismas⁶. La ausencia de síntomas en «los crónicos» se interpreta como una fase previa que contiene latente su aparición unida a situaciones o estadios de la enfermedad de consecuencias nocivas. Frente a la tolerancia del síntoma, se erige la intolerancia ante el no síntoma.

Esta variabilidad en la relevancia del síntoma se observa ante los distintos enfermos. Así, en «el funcional», el llamado desorden de síntomas que le conduce precisamente a ser etiquetado de enfermo, no es estrictamente tal, ya que el orden que el usuario presenta no es ratificado por la Atención Primaria. Hay una mezcla de síntomas merecedores de indagación por el médico y aquéllos que la propia medicina, en su evolución, ha dejado de caracterizar como señales de alteración relevantes. El usuario ha aprendido en su socialización, y en buena medida ésta se nutre de visitas anteriores a otros médicos, lo que es propiamente un síntoma de lo que no; pero el médico de familia ya no los descifra como tales, sino, por ejemplo, como «banalidades». De esta forma se oponen dos acepciones del síntoma. Por una parte, el síntoma de dolencia del usuario. Por otra, el síntoma de enfermedad que para el médico representa una patología, una entidad objetivable (Fábregas, 1975; Eisenberg, 1977; Cassell, 1979). Dentro de la categoría de «funcional», el problema con «el brasa»⁷ no es que se validen o desestimen sus síntomas, sino que los utiliza en paralelo a lo que el médico prevé. Como el usuario espera que se legitime su paso a la categoría de enfermo y como lo que comunica no está en concordancia con ninguna de las clases de enfermedad que utiliza el médico de familia, el primero sigue buscando ese reconocimiento. En ambos casos —«el funcional» y «el brasa»—, tras la discrepancia en el significado del síntoma se encuentra la superposición de dos diseños de práctica médica a los que se enfrenta al usuario: el ambulatorio y el de Atención Primaria. Para el primero, el eje de la práctica médica es el síntoma, lo que cuenta el usuario; la consulta depende del síntoma presentado. Para la Atención Primaria, la tarea del médico es la interpretación

de signos aprehendidos por él con independencia de que se manifiesten como síntomas o no.

A «los citados»⁸, los síntomas les han sido validados por el médico como relevantes, aunque de acuerdo a una distinta acepción de la que el usuario aduce. El médico no puede completar la significación de un proceso de enfermedad. En unos casos porque no va ser un enfermo asignado a él —los hospitalizados y «los crónicos» de hospital; en otros, porque no puede regular el contexto donde adquieren su sentido— las carencias de infraestructura, el discurso dominante sobre la salud y la terapia psicológica.

Con respecto a «los crónicos», donde no había síntomas, el médico, por medio de la constatación de signos, construye la enfermedad. El desvelamiento de su existencia al usuario por medio del diagnóstico potencia la aparición de síntomas. La comunicación de los posibles riesgos Unidos al desarrollo de la enfermedad y la necesidad terapéutica de controlarlos hace que el usuario realice un escrutinio y reinterprete vivencias que hasta el momento no se vinculaban a estar enfermo. Estos crónicos son fruto de la instauración de los programas de detección y control de ciertas patologías propias del desarrollo de las sociedades urbanas, de ahí que se sincronicen con el término «programados».

En «el terminal»⁹ se evidencia una oposición a todo lo anterior. Ya que sobre lo objetivable el médico no puede actuar, se orienta por el menor síntoma que el usuario le plantea intentando disminuirlo, aliviando su dolencia, aun sabiendo que hacer desaparecer los síntomas no actúa sobre la enfermedad.

Por tanto, en «el funcional» el médico niega dolencia y enfermedad, en «el citado» acepta la dolencia pero desconoce la enfermedad, en «el crónico o programado» genera la dolencia y objetiva la enfermedad, y en «el terminal» aprueba las dolencias y niega la enfermedad.

En todos estos enfermos, aunque con énfasis variable, el significado del síntoma cambia según el contexto sanitario en el que se aprecie. En el Centro de Salud, los síntomas han de remitir a situaciones predeterminadas, obviando otras hipotéticas enfermedades conocidas que son atribuidas a otros lugares de prestación sanitaria. Los dolores de cabeza reiterados, posible indicio de tumor cerebral en un hospital, en el Centro de Salud, sin embargo, se correlacionan con algún conflicto afectivo o familiar. El síntoma pierde su condición de tal, de indicador prioritario de un trastorno, al ser el contexto

to el que sirve de guía para su relevancia. En realidad, el síntoma que se usa en el Centro de Salud es la impresión global del individuo, resultante de combinar distintas dimensiones: edad, sexo, conocimiento del individuo, historia clínica, asignación a un tipo de consulta, desempeño laboral.

El nuevo significado y lugar del síntoma también se transmite a la estructura de trabajo del Equipo de Atención Primaria. La aparición y consideración del síntoma en la práctica cotidiana reproduce la división de papeles de médico y enfermera. El primero se convierte en su descubridor, el que lo identifica, nombra y valida, mientras la enfermera lo debe de saber reconocer a partir de ese momento. La enfermera casi a la par que el usuario —no puede destacar cualquier síntoma si no aquél previsto por el conocimiento científico con el médico como su detentador— para tipos determinados de enfermos. Esto es claro en el papel terapéutico que asume la enfermería en «los crónicos» como supervisora y controladora de las variaciones experimentadas por el usuario; o sea, de la parte más subjetiva de la consulta¹⁰.

Hemos visto cómo una de las fuentes de discrepancia entre médico y usuario es el papel y la importancia que se concede a los síntomas. El síntoma actúa de mediador entre la solicitud de ayuda del usuario y la aplicación de la ciencia del médico (Helman, 1986; Resina, 1991). Y, como se ha dicho, el contraste se plantea entre la vivencia de trastorno incomunicable y la necesidad de objetivar un proceso clínicamente abordable. Parecía, sin embargo, haber un consenso entre las posiciones que síntoma y signo ocupan en la consulta médica: el síntoma es lo que siente el usuario y el signo son las alteraciones que detecta el médico.

Del síntoma al símbolo

asta aquí se ha estado hablando del síntoma como indicador, como «un signo directamente relacionado de hecho a lo que significa» (Pierce, 1958:301). Un sentido que se mantiene casi inalterado desde la definición de un pionero de la semiología como C. S. Pierce, quien a la hora de exemplificarlo, utiliza el síntoma de enfermedad orgánica —*disease*—. En principio, aparentemente, la discusión se limita a que para el médico, en muchas ocasiones, los

síntomas de los usuarios son signos inadecuados que no significan lo que la gente piensa.

Pero en el Centro de Salud a los términos síntoma y signo no sólo se les otorga un desigual valor por parte del usuario y del médico, sino que remiten a dos formas de conectarlos con la enfermedad. Tomando las distinciones que R. Firth (1975)¹¹ establece dentro de la categoría signo, se puede sistematizar la copresencia de indicadores, señales y símbolos de enfermedad en la consulta. Para el usuario, el síntoma es una representación a escala de la enfermedad. Se infiere una relación metonímica de la parte al todo. Para el médico, es una señal en tanto que la interpreta de acuerdo a la acción consecuente que sugiere —cierto enfoque de la exploración, determinada prueba analítica, enviarlo a un especialista.

Los signos que el médico comunica al usuario —«la glucosa está alta», los resultados de una radiografía, etc.— son asociados por el primero con los síntomas, para avalarlos o generarlos. Y actúan como señales, como indicadores dinámicos, poniendo el énfasis en acciones consecuentes tanto para el profesional: «es grave», como para el lego: «tengo que tomar esto, hacer esto», etc.

Por su parte, el médico aglutina todos los signos de que dispone —los síntomas y las objetivaciones diagnósticas que separadamente son señales— trábandolos en un contexto global del sujeto. Cada signo adquiere un sentido de símbolo que supera las complejas asociaciones instrumentales para recubrirse de implicaciones expresivas. Una determinada concentración de glucosa en la sangre no sólo implica un diagnóstico y un tratamiento técnicamente refrendados, además incorpora una descalificación de los hábitos de higiene, alimentación, ejercicio físico, cuidado del cuerpo y estilo de vida del usuario, que se presentan como factores provadores de enfermedad. El tránsito del indicador al símbolo es preciso para un médico que debe mediar entre dos formas de entender la relación salud-enfermedad, para llegar a un nuevo conocimiento (Sapir, 1977), por medio de cambios: los cambios en los hábitos sociales¹².

Sintetizando, hay dos estrategias culturales, dos modelos de significación que coexisten paralelamente. Es el sentido del juego entre metáfora y metonimia, el que los diferencia¹³. El usuario parte de la semejanza supuesta entre sus síntomas y la enfermedad y fija metonímicamente su relación al médico: la molestia y la zona física donde la percibe marca la enfermedad en esa zona. Desde un aprendizaje de lo que es motivo de acceso al sistema

ma sanitario –dolor, molestia, disfuncionalidad– el usuario traslada una imagen que busca una respuesta entre las que ha aprendido que ofrece el mundo sanitario –medicamento, prueba analítica, derivación a especialista.

Mientras el camino del médico es el inverso. Para el médico ningún signo aisladamente resulta significativo, ya que tiene que aparecer acompañado de otros, de modo que de su coexistencia se alcanza el diagnóstico. Ese movimiento metonímico entre órganos del cuerpo, procesos fisiológicos, estadios y cronología de la enfermedad, y también hábitos sociales –una mala irradiación de lo que cuenta, que ningún análisis dé parámetros alterados, que sea una persona «jubilada»– es imprescindible para poder reproducir, en forma metafórica, lo que le sucede al usuario –«es un funcional»¹⁴. El médico, desde parámetros fisiológicos y anatómicos que interpreta o detecta, efectúa una valoración sobre el modo de vida del usuario, proponiéndole un modelo de vida saludable y deseable.

En la consulta se establece una relación diádica entre usuario y médico en la que un síntoma del usuario, cuando es entendido como signo por el médico, es incluido en un contexto que permite simbolizar la enfermedad. Los niveles lego y médico tienen un punto de unión que posibilita conservar la apariencia de comunicación usuario-médico, aunque cada uno posee un discurso distinto sobre la enfermedad. Se produce un consenso social, pero no cultural (Fernández, 1977:115). Este nexo es representado por las pruebas analíticas –como lenguaje específicamente médico– que ponen de acuerdo, desde su supuesta objetividad, al que las practica y al que se las practican sobre la conveniencia de asentir el dictamen del profesional. Un consenso social entre usuario y médico sobre las acciones terapéuticas oportunas, e incluso sobre lo adecuado de hacer caso al profesional, pero no un consenso cultural, puesto que no se comparten los significados de tales acciones.

Conclusiones



a medicina primaria del modelo Ambulatorio a lo más que llegaba era a la clasificación de las quejas de enfermedad por parte de los usuarios. El cometido de la institución se circunscribía a manejar lo ya defini-

do como patológico, concretando la asistencia sanitaria en la entrega de un tratamiento médico: fármaco o volante para especialista.

En el modelo de Centro de Salud, el discurso de Atención Primaria de Salud fuerza a delimitar y construir su propio objeto de trabajo, pues su papel es la gestión de la salud, no la tipificación de la enfermedad. A través del síntoma, como algo invariable –en principio– a los cambios de estrategia sanitaria, hemos visto como éste es deconstruido para obtener una herramienta de orientación de una práctica sanitaria que renueva el papel del agente sanitario. Con esas vías de utilización del síntoma, la Atención Primaria asienta un nuevo esquema de institucionalización de los servicios sanitarios y consolida a la vez la figura de un nuevo profesional: el Médico de Familia y Comunidad. El responsable de una parcela de la sanidad de la población se hace imprescindible, al construir un objeto de trabajo que le es propio. Además, al restructuring el papel de la medicina primaria, el discurso médico de Atención Primaria conquista un terreno que estaba dejado al autocuidado: la decisión de cuándo se está ante enfermedad y si merece la movilización de unos recursos para combatirla. Todo ello lo consigue el médico al vincular dos contextos, el sanitario y el social desde la apelación a su comprensión holística de la salud. No obstante, su llamada a la interrelación bio-psico-social se hace desde una formación biologicista que se va a utilizar como criterio de valoración de modos de vida que, en tanto patológicos, se vuelven inadmisibles socialmente.

NOTAS

* Este trabajo presenta ciertas ideas de mi tesis doctoral «El Médico de Familia y Comunidad en los Centros de Salud. Estudio antropológico de un modelo de medicina primaria», cuyo trabajo de campo se realizó en un Centro de Salud del País Vasco entre febrero de 1987 y marzo de 1989. Véase Uribe (1992). Durante ese tiempo seguí las actividades cotidianas del Equipo de Atención Primaria asistiendo a más de 1.000 consultas de medicina general, complementando esa información mediante entrevistas en profundidad a los distintos trabajadores del Centro. Junto a ello la observación de las actividades formales e informales en el día a día del centro sirvieron como contrapunto de lo que las situaciones de consulta mostraban. Las reflexiones aquí contenidas tienen su antecedente en una versión previa presentada en el VII Congreso de Antropología (Uribe, 1993).

¹⁴ En los Centros de Salud se especifican cinco variedades de consulta que reciben con diferente énfasis las labores curativas, preventivas, educativas y de promoción de salud: la consulta a demanda recogiendo las demandas espontáneas de

los usuarios; la citada y la programada que suponen la indicación del médico al usuario para consulta posterior; y los avisos domiciliarios y visitas a terminales que denotan el traslado del médico al domicilio del usuario, ya por un aviso de urgencia al centro ya para el seguimiento de un enfermo con cáncer. Pues bien, las enfermedades del programa son aquellas que se tratan en la consulta programada. Esta surge como ámbito específico de detección y tratamiento de ciertas patologías estipuladas de atención prioritaria por su carácter crónico y porque se estima que son enfermedades ampliamente extendidas en la sociedad occidental y en un incremento constante. Se establecen unos programas pautados de actuación cuyo objeto es controlar y mitigar el alcance de las mismas. El diagnóstico de estas enfermedades se efectúa de forma previa al relato de síntomas y/o a la captación de signos, como medio de despistaje entre los usuarios atendidos. En el Centro aquí estudiado estas patologías son la hipertensión arterial esencial (HTA), la diabetes no insulinodependiente (diabetes) y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC). Los usuarios adscritos a estos programas se convierten en enfermos crónicos programados. Son también denominados «programados» o, en acepción propia de atención primaria que indica ya su voluntad de diferenciación de otros contextos sanitarios, «crónicos». Voluntad de distinción en tanto que utilizan el término crónico, que remite a un significado de impedimento en las actividades cotidianas en el modelo sanitario dominante —el hospitalario—, en un sentido excluyente sin reparar en la ambigüedad que plantea.

² Las expresiones entrecomilladas y seguidas de números romanos son textos literales tomados de consultas presenciales y entrevistas realizadas con el personal del Centro de Salud donde se ha realizado la investigación.

³ Este abanico de consultas no es sino un conglomerado de contextualizaciones que se prevén como distintas no sólo que lo son, por el tipo de enfermedad o enfermo al que se vincula cada una de ellas, sino porque en su propio diseño y representación aparecen unas peculiaridades en la interrelación del médico y del usuario que las diferencia entre sí, construyéndose situaciones heterogéneas. Al hablar de construcción de una situación no alude exclusivamente a criterios de entidad clínica, sino que incide en un modelo comunicativo que como contexto de construcción de la relación se maneja entre ambos y que, en contra de evaluarlo como accesorio, redifine la propia patología supuesta.

⁴ Hay una relación de tensión al enfrentarse los modelos popular y profesional de cuidados de salud (Kleinman, 1986).

⁵ Funcional es aquel usuario de la consulta a demanda que no presenta una enfermedad orgánica, es decir, una enfermedad objetivable por el médico. Este enfermo es considerado por el médico como un usuario que está en la categoría «normal» desde el punto de vista clínico. Se le califica como funcional porque no teniendo causa objetivable para comportarse como enfermo asume y utiliza ese papel. El recurso al médico y a la posición de enfermo recubre una función para el individuo. «El funcional» no sabe expresar su malestar o solicitud de ayuda al médico y, además, no es capaz de organizar y razonalizar en forma comprensible para el médico los síntomas que cuenta. Son definidos por los médicos como «aquellos que sienten pero no tienen» (H), en clara alusión a que su dolencia no puede juzgarse como eco de la objetivación de un trastorno orgánico; suele tachérsele de enfermo psicosomático.

⁶ Esta parece ser una de las respuestas más generalizadas en los encuentros entre los modelos legos y profesional de

medicina; o lo que es lo mismo, la biomedicina tiende a asumir que aquellas enfermedades exteriores a su modelo son poco graves o autolimitadas. Véase Helman (1986).

⁷ Para los médicos el brasas es «el que te viene siempre por las mismas cosas» (XII). Aquí el usuario se convierte en un enfermo sin solución, pues el médico no le «ve» más enfermedad que la propia reiteración en las visitas. Reiteración que se produce ante la insatisfacción del usuario por el diagnóstico médico o ante la incapacidad médica de diagnosticar el motivo de consultar; es el fracaso médico lo que torna al usuario en enfermo. Enfermo, porque el médico debe de afrontar esa situación y tratarla como problema científico. Un palabras de otro médico es brasas todo aquél que «utiliza al médico y no deja que éste le utilice a él» (II). Véase Castilla del Pino (1991).

⁸ El citado implica la duda diagnóstica del médico; se acepta ya la posible enfermedad. Se da un reconocimiento de la sintomatología presentada por el usuario. Esos síntomas se interpretan en función de la relevancia que adquieren de acuerdo a dos criterios: la sospecha de riesgo físico inminente para el usuario y la inadecuación de la solicitud de atención médica.

⁹ El terminal, a pesar de su cronicidad, configura una categoría propia por la imposibilidad de éxito en la gestión médica. Es un enfermo de cáncer, cuya expectativa a corto plazo en el proceso asistencial es la muerte y se le asocia a un cometido del médico más relational que técnico. El cáncer como enfermedad que estructura a este enfermo se separa de otras enfermedades que también son crónicas. Un médico lo define como «aquel paciente canceroso con un diagnóstico exacto en el que la muerte no parece demasiado lejana y donde el esfuerzo médico ha pasado de ser curativo a paliativo» (IX).

¹⁰ La labor del personal de enfermería se caracteriza por la supervisión sobre el usuario. Esta focalización sobre el individuo se ve agudizada —y en consecuencia, minusvalorada desde el modelo de enfermedad propio del médico— cuando se hace cargo de «asistir al usuario en el manejo de las molestias y la incorporación de cambios de estilo de vida que le exigen los tratamientos» (Dougherty y Tripp-Reiner, 1985:219-241). Sobre la ambigüedad de las labores y cometidos del enfermero/a, véase Littlewood (1991).

¹¹ El uso que hace R. Firth (1975) del término signo se acerca a la definición propuesta por R. Barthes (1971:39) como «la relación entre dos relatos». La clasificación que R. Firth propone, como distinciones en la categoría general de signo, recoge los siguientes vocablos:

Indice o indicador: «donde una relación secuencial es inferior, como la parte al todo o lo precedido a lo antecedente o lo particular a lo general».

Señal: «donde el énfasis en el signo está en la acción consecuente; un signo relativamente simple es un estímulo que implica una respuesta de un tipo más complejo. La señal puede ser vista como una forma dinámica del índice».

Icono: «donde una relación sensorial se proyecta o interpreta».

Símbolo: «donde el signo tiene una serie compleja de asociaciones frecuentemente emocionales y difíciles (por no decir imposibles) de descubrir en otros términos que no sean una representación parcial. Los aspectos de construcción personal o social del significado pueden ser señalados —ya que no hay parecido sensible entre el símbolo y el objeto para el observador—, y la importancia de la relación puede parecer arbitraria» (1975:74-75).

¹² En otro lugar he tratado lo que supone el enfoque global de la atención primaria en relación a su énfasis en el cambio de hábitos sociales. Véase Uribe (1989:25-35).

¹³ Entiendo la metáfora no de manera estrictamente gramática sino en un sentido semántico, como un mecanismo que permite aprender algo nuevo sobre la realidad gracias a las connotaciones que incorpora. Esto es, la metáfora definida como lo hace J. W. Fernández: «una metáfora es 1) un dispositivo de representación a través del cual un *nuevo significado* es aprendido, y 2) un predicado estratégico sobre un pronombre inequio (un Yo, un Tú, un Nosotros, un Ellos) que provoca un movimiento y lleva a la *actuación*» (1977:102). El subrayado es mío.

¹⁴ Parece lógico que el usuario parta de la metáfora y el médico de la metonimia dado que como J. D. Sapir (1977:21) señala, la función de la metáfora es especificadora, mientras la de la metonimia es totalizadora.

BIBLIOGRAFIA

- BARTHES, R., 1971: *Elementos de Semiólogía*, Madrid, Alberto Corazón Ed. (1964).
- BOE, 1984, *Real Decreto 137/1984 «Sobre estructuras básicas de salud»*, 27:2627-2629.
- CASELL, E., 1979, *The healer's art*, Baltimore, Penguin Books.
- CASTILLA DEL PINO, C., 1991: *Patografías*, Madrid, Siglo XXI.
- DOUGHERTY, M. C., y TRIPP-REINER, T., 1985: «The interface of nursing and Anthropology», *Annual Review of Anthropology*, 14:219-241.
- EISENBERG, L., 1977: «Disease and Illness: Distinctions between profesional and popular ideas of sickness», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1:9-23.
- FÀBREGA, H., 1975, «The need for an Ethnomedical science», *Science*, 189:969-975.
- FERNANDEZ, J., 1977, «The performance of ritual metaphors». En Sapir, J. D., y Crocker, C., 1977, *The social use of metaphor*, Chicago, U. Of Pennsylvania Press.
- FIRTH, R., 1975, *Symbols. Public and Private*, Londres, George Allen & Unwin Ltd.
- GOOD, B., 1977, «The heart of what's the matter: Semantics and Illness in Iran», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1:25-28.
- GUIRAUD, P., 1985, *La semiología*, México, Siglo XXI (1971).
- HELMAN, C. G., 1986, «Feed a cold, starve a fever. Folk models of infection in an English suburban community and their relation to medical treatment». En Currer, C., y Stacey, M., 1986, *Concepts of Health, illness and disease*, Nueva York, Berg Pub. Ltd.
- HELMAN, C. G., 1990, *Culture, health and illness*, Londres, Wright.
- KLEINMAN, A., 1980, *Patients and Healers in the context of culture*, Berkeley, Univ. of California Press.
- KLEINMAN, A., 1986, «Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems». En Currer, C., y Stacey, M., 1986, *Concepts of health, illness and disease*, Nueva York, Berg Pub. Ltd.
- LITTLEWOOD, J., 1991: «Care and ambiguity: towards a concept of nursing». En Holden, P., y Littlewood, J., 1991, *Anthropology and nursing*, Londres, Routledge.
- PIERCE, C. S., 1959. «Proceedings». En Firth, R., 1975: *Symbols. Public and Private*, Londres, George Allen & Unwin Ltd.
- RUSINA, J. R., 1991: «La enfermedad como signo y como significación», *Anthropos*, 118-119:82-91.
- SAPIR, J. D., 1977: «The anatomy of metaphor». En Sapir, J. D., y Crocker, J. C., *The social use of metaphor*. Chicago, U. Of Pennsylvania Press Inc.
- SAUSSURE, F., 1985: *Curso de Lingüística General*, Barcelona, Planeta-Agostini (1916).
- TURNER, V. W., 1980: *La selva de los símbolos*, Madrid, Siglo XXI (1967).
- URIÉ, J. M., 1989: «El Centro de Salud: Una nueva mirada médica», *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 7:25-35.
- 1992: *El médico de familia y comunidad en los Centros de Salud. Estudio antropológico de un modelo de medicina primaria*, Madrid, U. Complutense.
- 1993: «La reinterpretación del síntoma en Atención Primaria». En Romani, O., y Comelles, J. M., *Antropología de la Salud y de la Medicina*, Tenerife, Fed. de Asoc. de Antropología del Estado Español y Asoc. Canaria de Antropología.