

Modelos sanitarios occidentales y orientales

Xavier Allué Martínez

PID_00206201

Índice

Introducción	5
1. El modelo biomédico hegemónico	7
2. Las bases de la biomedicina	8
2.1. Bases históricas de la biomedicina	8
2.2. Bases científicas de la biomedicina	10
2.3. Bases técnicas de la biomedicina	11
2.4. Bases profesionales de la biomedicina	12
2.5. Bases socioeconómicas de la biomedicina	13
2.6. Bases culturales de la biomedicina	15
3. La práctica asistencial en biomedicina	17
3.1. Espacios	17
3.2. Tiempos	20
4. De la medicina individualizada a la medicina colectiva.	
La salud pública	24
4.1. La transición epidemiológica	26
4.2. Migraciones	27
5. Los ámbitos asistenciales en el modelo hegemónico	29
5.1. Atención primaria	29
5.2. Atención especializada	30
5.3. Atención hospitalaria	31
5.4. Atención sociosanitaria	32
6. Las llamadas <i>medicinas alternativas</i> (MAC: <i>medicinas alternativas y complementarias</i>)	33
6.1. Medicina ayurvédica	35
6.2. Medicina tradicional china	37
6.2.1. El diagnóstico	38
6.2.2. Terapias	38
6.2.3. Complementariedad y coexistencia de la MTC y la medicina occidental	39
6.3. Osteopatía y medicina osteopática	40
6.4. La homeopatía	40
6.5. La medicina <i>integrativa</i>	41
7. La autoatención (de la legítima a la marginada)	43

8. La farmacia.....	45
9. Medicina pública y medicina privada.....	47
9.1. El modelo sanitario de los Estados Unidos	49
9.2. El modelo sanitario catalán	54
Resumen.....	57
Bibliografía.....	59

Introducción

La atención a la salud o la atención sanitaria o, si se quiere reducir a la realidad, la atención a la enfermedad, se organiza de forma diversa en la sociedad occidental.

Este apartado está diseñado para presentar los modelos asistenciales actualmente en vigencia, con especial referencia a los más próximos, desde el punto de vista conceptual y antropológico. De alguna manera, social. En otro lugar, se describen los diferentes modelos de financiación de la atención sanitaria occidentales, aunque la relación económica que los modelos asistenciales comporten, por la habitual tiranía que ejerce la economía, la más popular de las ciencias sociales, sobre el resto, será también objeto de comentarios.

La elección del término *modelo*, que es el más común, no comporta que nunca vaya a servir para que pueda ser imitado o reproducido por alguien, por otro. Igualmente se podría utilizar el término *sistema*, en cuanto se considere su implantación con el respaldo de los poderes públicos, los Estados. Desde un punto de vista del conocimiento del funcionamiento y la gestión de la atención sanitaria, probablemente fuera más inteligible estudiar los distintos "sistemas", de los distintos países, de los distintos continentes o, mejor, de los distintos "mundos" (primer mundo, países en desarrollo, tercer mundo e incluso el elusivo "cuarto mundo") que, desde el punto de vista geopolítico, económico y, también, social, es como se divide el planeta.

Modelo

A todos los efectos, *modelo* se entiende en su 5ª acepción del Diccionario de la RAE: "Esquema teórico, generalmente en forma matemática, de un sistema o una realidad compleja que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento".

DRAE, (1992). Madrid: Espasa (pág. 1385).

No nos parece posible reducir a una fórmula matemática, como pide el DRAE, un sistema de la complejidad del asistencial, aunque de buen seguro que representa un reto que nos gustaría afrontar. Pero sí podemos intentar incluirlo en, más que una fórmula, un eje de vectores, como en la física, con el esquema diseñado por E. Menéndez de:

Salud—>Enfermedad—>Atencion

como secuencia de aconteceres. El esquema también se ha escrito:

Salud—>Enfermedad—>Asistencia

Referencia bibliográfica

E. L. Menéndez (1993). "Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica". En: **Mercado y otros** (comp.). *Familia, salud y sociedad* (pág. 130-162). México: Universidad de Guadalajara.

quizá para indicar el aspecto del compromiso profesional, cuando existe, entendiendo que la atención puede ser proporcionada por cualquiera, incluso uno mismo en forma de **autoatención**, mientras que la asistencia corresponde a profesionales asistenciales.

Sobre este esquema, lo que se construye quizá no sean tanto modelos: modelo de salud, modelo de enfermedad, modelo de asistencia, sino "modos" o, si se quiere, "formas": el aspecto, el contorno, el contexto y hasta el texto de la concepción de la salud, la de la enfermedad y, si se puede, la de su atención.

Claro que puede haber concepciones de salud y enfermedad comunes que, luego, reconozcan diferentes sistemas de afrontar y de organizar la atención.

Nos atrevemos a decir que, aunque diferentes modelos puedan estar más o menos de acuerdo en el concepto de salud, generalmente difieren en la concepción de la enfermedad y, sobre todo, en la concepción de la organización asistencial.

En "Los orígenes y la necesidad natural del ser humano de conocerse a sí mismo y de cuidarse a sí mismo", ya hemos enunciado las definiciones de salud al uso, empezando por la de la Organización Mundial de la Salud (OMS-WHO), que dice:

"la salud es el bienestar físico, mental y social".

Si eso es así, la enfermedad, o las enfermedades son, a su vez, físicas, mentales y sociales, y los recursos asistenciales, la atención, debe igualmente comprender los aspectos físicos, mentales y sociales del tratamiento.

A pesar de los esfuerzos de un ente plurinacional como es la OMS por introducir esa visión más amplia de la salud, la proporción con que se afrontan cada uno de esos aspectos no es pareja. Se dedican enormes esfuerzos y recursos para la atención a la salud física, muchos menos a la salud mental, que continúa siendo un problema de difícil comprensión –para todo el mundo, menos para los locos y los psiquiatras– y los esfuerzos que se dedican a la salud social son difíciles de cuantificar, evaluar y considerar. Esa disparidad reconoce causas múltiples que trataremos de exponer a lo largo del discurso.

1. El modelo biomédico hegemónico

Por razones obvias, tratamos en primer lugar lo que representa la biomedicina en la concepción de la salud, la enfermedad y su atención.

El modelo biomédico retrotrae sus orígenes a los propios orígenes de la humanidad. Las más antiguas culturas nos han dejado registros de lo que las enfermedades, como alteraciones graves y en general inesperadas e indeseadas del bienestar, han representado para los pueblos y las personas.

Conocida y descrita la enfermedad en los más antiguos textos, desde la Biblia hasta los vedas hindúes, la descripción de remedios se acompaña de la de los profesionales que practican el arte de curar. Son, sin embargo, los hipocráticos los que mejor y más claramente definen médicos y enfermedades, sus cualidades y comportamientos.

Los hitos de la historia de la medicina pueden saltar de la hipocrática a la medicina galénica grecorromana, hasta el Renacimiento, y la divulgación del conocimiento que en el Siglo de las Luces da paso a una visión científica de la medicina, hasta que, en el siglo XIX, los grandes avances reordenan los conocimientos y la medicina se hace realmente ciencia en cuanto a que la experimentación permite que esos conocimientos descansen sobre evidencia sólida.

Pero, como se verá, lo que de verdad da prestigio y carácter hegemónico a la biomedicina, más que la evidencia científica, es la **eficacia**. Al hallarse explicaciones concretas a las causas y los mecanismos de las enfermedades, basándose en los conocimientos del funcionamiento del organismo humano, la fisiología, es posible aplicar el método científico a los recursos terapéuticos y obtener la deseada eficacia. Gradual y paulatinamente, las enfermedades se curan, las heridas se reparan, las epidemias se previenen con eficacia en tiempo real, a la vista de todos y hasta sin secuelas o efectos secundarios.

Los publicitados éxitos de la medicina son ejemplos de esa eficacia que se anuncia a los cuatro vientos para satisfacción de todos pero, sobre todo, para mantener el prestigio de las ciencias biomédicas y, con ello, la continuidad en la asignación de recursos tanto para la asistencia como para la investigación.

Para ello, ha sido necesaria la conjunción de una serie de fenómenos y esfuerzos.

2. Las bases de la biomedicina

- **Históricas.** Los orígenes y las raíces.
- **Científicas.** Las teorías celulares, la fisiología, la anatomía, la microanatomía, la anatomía funcional...
- **Técnicas.** La tecnología en el diagnóstico, la tecnología terapéutica, la cirugía, la anestesia, la farmacología...
- **Profesionales.** La profesionalización de los médicos y de los enfermeros, la ordenación de la enseñanza de la medicina...
- **Socioeconómicas.** Las mejoras en la calidad de vida, la financiación pública de la asistencia, etc.
- **Culturales.** Modificaciones de las conductas, mejoras del conocimiento de las gentes, la información...

2.1. Bases históricas de la biomedicina

La biomedicina, que también es la medicina occidental, naturalmente reivindica sus orígenes como los de la propia cultura occidental, griega y romana, que indudablemente moduló el pensamiento de los que se dedicaban a la atención a los enfermos.

Son los médicos hipocráticos quienes definen la medicina como una *técnica*, a la vez que una *ciencia*, aunque la transliteración del griego *techné* también significa *oficio, práctica profesional*. Ello no es ocioso, por cuanto desde esos remotos tiempos, además de su ciencia, los médicos occidentales han sido siempre muy cuidadosos en defender su oficio, su profesión y, con ello, su estatus social.

Las experiencias, los conocimientos y las doctrinas, se han ido transmitiendo de generación en generación y se han ido incorporando nuevos conceptos y avances a lo largo de los siglos de manera continuada.

La medicina occidental recoge y legitima como propio el conocimiento de los hipocráticos y las aportaciones de Galeno y las de los médicos musulmanes de Al Ándalus, árabes o judíos como Averroes, Avizena y Maimónides. Y más tarde, todas las aportaciones de los médicos del Renacimiento, Vesalio, Paracelso, Harvey y Servet.

Pero el verdadero salto en el progreso del conocimiento acompaña al desarrollo de las demás ciencias que se produce con la Ilustración, el Siglo de las Luces, y que se consolida con el desarrollo de las ciencias experimentales a lo largo del siglo XIX. La demostración científica, esto es, real y reproducible, del funcionamiento del organismo humano y, con ello, la explicación de sus

alteraciones, las enfermedades y, eventualmente, de su tratamiento, aporta la eficacia a una práctica hasta entonces demasiado y lamentablemente dependiente de azares que a menudo la hacían inútil.

Los médicos de la antigüedad pagaron amargamente, a veces incluso con su vida, su dedicación a un ministerio envuelto en incertidumbres. La historia está llena de ejemplos de médicos que sufrieron castigos, exilios o muerte al fallecer un prócer, monarca o gobernante, fallecimiento que no pudo ser evitado. Aun así, mantuvieron un notable prestigio que la eficacia de la ciencia moderna ha consolidado. El respeto a esas memorias de dedicación y fracasos puede bien legitimar su actual hegemonía.

Resumiendo los tiempos más recientes, el desarrollo científico de la medicina en los últimos 150 años se puede reducir, para este texto, en una línea de fechas y acontecimientos:

150 años de historia de la medicina. Una selección aleatoria de avances

Año	Avance
1857	Louis Pasteur identifica las bacterias como causantes de enfermedades.
1867	Joseph Lister desarrolló el uso de la antisepsia en cirugía.
1879	Primera vacuna contra el cólera.
1882	Koch descubre el bacilo tuberculoso.
1886	Florence Nightingale crea la primera unidad de enfermería.
1889	William Osler, del Hospital y Universidad Johns Hopkins, establece un programa de visitas domiciliarias realizadas por estudiantes de medicina para estudiar los aspectos sociales de los pacientes.
1890	Emil Von Behring descubre las antitoxinas de las vacunas del tétanos y la difteria.
1895	Wilhelm Conrad Roentgen descubre los rayos X.
1899	Felix Hoffman desarrolla la aspirina.
1899	Sigmund Freud publica <i>La interpretación de los sueños</i> .
1901	Karl Landsteiner introduce los grupos sanguíneos A, B, AB y O.
1903	Richard C. Cabot impulsa y pone en marcha el primer servicio social sanitario, inspirado en el programa de Charles P. Emerson, alumno de William Osler.
1913	Paul White, pionero en el uso del electrocardiógrafo.
1917	Mary E. Richmond publica <i>Social Diagnosis</i> , el libro que profesionalizaría la ayuda filantrópica.
1921	Edward Mellanby relaciona la vitamina D con el raquitismo.
1922	Banting y Best empiezan a utilizar la insulina para tratar diabéticos.
1924	Calmette y Guérin introducen la vacuna BCG para la tuberculosis.
1926	Se descubre la vacuna de la tosferina.

Año	Avance
1928	Alexander Fleming descubre la penicilina.
1935	Percy Julian utiliza los corticoesteroides para tratar la artritis reumatoide.
1937	El primer banco de sangre se instala en Chicago.
1942	Karl T. Dussik publica el primer artículo sobre el uso de ultrasonidos-ecografía.
1945	Primera vacuna contra la gripe.
1951	Miramontes y Rosenkranz describen los anovulatorios hormonales.
1952	Paul Zoll desarrolla el primer marcapasos cardiaco.
1953	James Watson y Francis Crick describen la estructura del ADN.
1954	Joseph E. Murray realiza el primer trasplante de riñón.
1955	Jonas Salk desarrolla la vacuna contra la polio.
1963	Thomas Fogarty inventa el catéter de balón para la embolectomía.
1964	Desarrollo de la primera vacuna contra el sarampión.
1967	Christiaan Barnard realiza el primer trasplante cardiaco.
1970	Primera vacuna contra la rubeola.
1971	Montserrat Colomer presenta en España el método básico de trabajo social aplicado a una clínica de salud mental.
1975	Robert S. Ledley inventa el escáner TAC.
1978	Primer bebé probeta.
1979	Erradicación mundial de la viruela / primeros casos de SIDA.
1981	Primera vacuna contra el virus de la hepatitis B.
1984	Alec Jeffreys diseña un método de identificación por el ADN.
1993	Se describe la causa bacteriana de la úlcera péptica (H. Pylori).
1996	Clonación de la oveja Dolly.
2001	Descripción del genoma humano.
2006	Primera vacuna contra una forma de cáncer.

Basado en: <http://www.history-timelines.org.uk/events-timelines/10-history-of-medicine-timeline.htm>

2.2. Bases científicas de la biomedicina

El progreso de las ciencias ha encontrado en el ámbito de la medicina una acogida constante. Gradualmente, la práctica asistencial y el conocimiento van abandonando el empirismo para encontrar las respuestas en pruebas científicas.

Evidencia

En biomedicina, se ha introducido el anglicismo *evidencia*, traducción literal de *evidence*, que quiere decir *prueba, hechos probados*. En español, *evidencia* reconoce su origen etimológico del latín *e-videre*, "que se ve". Lo evidente no necesita ser "probado".

A partir de cuando los anatomistas renacentistas se liberaron del tabú contra la disección de los cuerpos, se empieza a conocer la estructura real del organismo humano. Y es a partir de ahí cuando se indaga la función de cada órgano.

Pero son los descubrimientos del siglo XIX, con ayuda de instrumentos como el microscopio, los que permiten elaborar las teorías más sólidas del origen y evolución de las enfermedades. Por un lado, los estudios celulares permitieron a Von Virchow iniciar la visión celular de la patología, y por otro, el desarrollo de la bacteriología, con Pasteur, comenzó a dar sentido a las peores plagas de la humanidad: las enfermedades infecciosas. Ciento treinta años más tarde, aún presiden esas ideas el discurso biomédico.

Luego ha sido el desarrollo de la investigación, y también su regulación, lo que ha ido incorporando conocimientos, metodología diagnóstica y recursos terapéuticos eficaces.

Es difícil señalar hitos precisos o descubrimientos cruciales en el desarrollo de la moderna medicina, porque se trata de un *continuum* de inventos, diseños, proyectos y resultados que se van encadenando unos con otros. Pero los preside el método científico: prueba-error-reproducibilidad. Teoría-hipótesis-experimentación-evidencia-resultados. Y que sea contrastado en una revisión por otros científicos, por iguales (*peer review*).

El encadenamiento de los descubrimientos proporciona un crecimiento exponencial en el conocimiento y su aplicación. De forma muy breve:

- Las medidas higiénicas y la sanidad ahuyentaron las epidemias.
- La anestesia facilitó el desarrollo de la técnica quirúrgica.
- Los rayos X, el diagnóstico por imagen de lo oculto bajo la piel.
- La química permitió el desarrollo de la farmacología.
- La microbiología condujo a la aparición de los antibióticos.
- La genética permitirá la modificación de las taras genéticas y la personalización de los tratamientos.

Y cada nuevo invento proporcionó nuevas oportunidades, en combinación con otros, para actuar con eficacia sobre las enfermedades.

2.3. Bases técnicas de la biomedicina

La medicina occidental en los últimos 150 años ha establecido una metodología de aproximación a la salud y a la enfermedad y su atención que, basada en los conocimientos que gradualmente se van incorporando al bagaje de los profesionales, confiere una estabilidad y consistencia a la práctica asistencial.

En la formación de los médicos, se van introduciendo saberes que son eminentemente técnicos, de procedimiento. Algunos mecanizados en extremo, como puedan serlo las técnicas diagnósticas de imagen o de laboratorio o las quirúrgicas o, también, la digitalización de los registros y las historias de los pacientes que permite el acceso desde cualquier ámbito del sistema asistencial.

El método incluye también la aproximación al enfermo. Está consolidado el procedimiento de recogida de datos sistematizada, su ordenación, la elaboración de una conclusión definitiva de los datos (el diagnóstico) y la construcción de un plan de resolución (el tratamiento).

Método clínico de estudio de una enfermedad

Los procedimientos del método clínico de estudio de una enfermedad son:

- Definición
- Etiología
- Forma microanatómica
- Patogenia
- Manifestaciones clínicas
- Ayudas diagnósticas
- Diagnóstico
- Diagnóstico diferencial
- Tratamiento
- Complicaciones
- Pronóstico o resultados
- Prevención o Profilaxis

Método clínico de estudio de un enfermo

Los procedimientos del método clínico de estudio de un enfermo son:

- Motivo de la consulta
- Anamnesis
- Exploración clínica
- Exámenes complementarios
- Diagnóstico
- Pronóstico
- Tratamiento
- Medidas preventivas

Los procedimientos se suelen establecer de forma ordenada, protocolaria, es decir, que están escritos y se promueve la adhesión a esos protocolos.

Las técnicas quirúrgicas son muy precisas en su descripción y en la secuencia de pasos, dejando lo mínimo a la improvisación, incorporando las mejoras contrastadas cuando se producen. Y todo ello en aras de la eficacia.

2.4. Bases profesionales de la biomedicina

Como se ha dicho más arriba, fueron los hipocráticos quienes promovieron la profesionalización de los médicos. A lo largo de los siglos, se han conocido diferentes formas de organización profesional dedicadas a evitar el intrusismo y a defender los derechos sociales, económicos y propiamente profesionales de los médicos: colegios, gremios, sociedades, academias, hermandades, *guilds* o agrupaciones diversas, a la vez incluyentes de unos y excluyentes de los demás.

Aunque las escuelas de medicina son conocidas desde la antigüedad, es a lo largo del siglo XIX que se desarrollan, por un lado, las escuelas o facultades de Medicina al objeto de formalizar el aprendizaje dentro de las estructuras de las universidades y con el objetivo de expedir una titulación que respalde ese aprendizaje; y por otro, los colegios profesionales que velan por el ejercicio de la profesión certificada por las escuelas de Medicina reconocidas.

Las escuelas regulan el conocimiento, y los colegios profesionales el ejercicio, la práctica asistencial. Unos y otros alcanzan el reconocimiento de los poderes públicos y entran a formar parte de la estructura del Estado moderno.

Englobadas en el complejo de las "ciencias de la salud", la formación académica reúne escuelas de las diferentes profesiones involucradas en la biomedicina: medicina, enfermería, farmacia, dietética, fisioterapia, odontología, así como sus especialidades. A su vez, cada una de ellas dispone, al menos en buena parte de los países occidentales, de un colegio o asociación profesional que regula su ejercicio.

Al mismo tiempo, los Estados, en compromiso con los ciudadanos y para desarrollar mecanismos de protección de las gentes, instituyen dos grandes líneas de actuación:

- La ordenación de los recursos de la salud comunitaria: la **sanidad o salud pública**.
- El desarrollo de sistemas de cobertura económica frente al infortunio de los accidentes o las enfermedades: la **seguridad social**.

El desarrollo de estos mecanismos estatales generó a su vez la aparición de profesionales para dedicarse a estas materias: epidemiólogos, salubristas, funcionarios y técnicos que en su mayoría partían de la fila de los propios médicos y que se incorporaron al conglomerado de la biomedicina. Y también otras profesiones y conocimientos académicos procedentes de las ciencias sociales, en algunas de sus formas aplicadas, se adhieren al sistema asistencial de la biomedicina. Como el trabajo social y la psicología clínica. Y también la ingeniería aplicada, la biología y la bioquímica.

2.5. Bases socioeconómicas de la biomedicina

Si la del médico es la segunda profesión más antigua de la humanidad es porque, por su práctica, se requirió siempre una compensación económica, en efectivo o en especie. Por la asistencia médica siempre se ha tenido que pagar. Ello no evita que, muchísimas veces, el ejercicio se hiciese de forma caritativa o benéfica. Pero eso era privilegio del profesional. En el ejercicio de la medicina, siempre existe una transacción económica, aunque las formas de compensación sean diversas.

La relación unipersonal del médico con el enfermo hace de esa transacción un intercambio de intereses comunes. Pero como la enfermedad constituye un aspecto del infortunio, de antiguo se han ideado fórmulas para que la carga de la enfermedad no sea aún más pesada por el coste económico. Al objeto de repartir tales cargas, se idean sistemas de socorro mutuo que son tan antiguos como las propias sociedades.

A efectos de registro histórico, la primera evidencia de la adopción de una responsabilidad pública por la enfermedad de la gente data de 1212, cuando el consejo municipal de Castelló de Empuries, en la parte subpirenaica de Cataluña, contrató dos médicos para que se hiciesen cargo de la asistencia a los enfermos del pueblo.

El desarrollo de la medicina moderna es simultáneo al desarrollo del capitalismo. *El Capital* se publica el mismo año, 1867, en que John Lister establece las bases de la antisepsia en cirugía, de pleno en lo que fue la revolución industrial. Las oportunidades de desarrollo industrial aparecen pronto y el desarrollo alcanzado por las llamadas *ciencias médicas* deja amplio margen para los negocios.

Desde esos entonces hasta el enorme desarrollo de la biotecnología en los últimos cincuenta años, con toda la mano de obra que ocupa y los capitales que mueve en el ámbito planetario, convierte al sector económico dedicado a la salud en un monstruoso conglomerado de actividades e intereses cuya representación económica puede superar un tercio del PNB de todo el planeta.

Gasto sanitario

Se suele cifrar el gasto sanitario en valores alrededor del 10% de los países industrializados, pero eso se refiere al gasto asistencial. Además, una enorme parte de la partida industrial se relaciona directamente con la salud: desde la producción agroalimentaria hasta los diseños de seguridad para prevención de accidentes. Y tanto más si se incluye el ocio como una necesidad para el mantenimiento de la salud que abarca todo el sector turístico, etc.

El imperio del mercado tiene también su representación en la atención a la salud. La enfermedad genera una **demand**a de servicios y a ésta se da respuesta con una **oferta** concreta. Las leyes del mercado también se cumplen y, en el ámbito de la salud, es evidente que existen amplias oportunidades de negocio. La demanda asistencial genera una respuesta en términos de servicios y productos. Y la gestión de esos servicios y la manufactura de esos productos representan un enorme volumen de negocio de ámbito mundial.

Las empresas que mayores capitales mueven son las de gestión de servicios en forma de compañías de seguros que gestionan no sólo el capital sino también la provisión de los servicios. En Norteamérica, paraíso de la economía capitalista donde la oferta de servicios públicos es muy reducida, las empresas de gestión de salud, Health Management Organizations (HMO), se encuentran entre las empresas punteras en el ranking de las grandes empresas. En Europa, siendo el sector público el principal gestor de los recursos, la importancia de

las HMO no tiene tanto volumen, aunque en algunos países, y concretamente en Cataluña, han proliferado las empresas de carácter semipúblico (titularidad pública y gestión privada) que actúan como proveedores de servicios al gestor público, que comparten espacio con compañías de seguro médicos conocidas aquí como *mutuas*.

Las diferencias más importantes que se pueden encontrar entre los sistemas o modelos sanitarios tienen más que ver con las diferencias en la financiación y provisión de la asistencia que con las actuaciones de los profesionales sanitarios. Las diferencias "sociales" son, en realidad, diferencias económicas.

2.6. Bases culturales de la biomedicina

En este comienzo del siglo XXI, se puede afirmar que el complejo de la biomedicina constituye una realidad cultural, más allá de su constitución específica como sistema.

En algún sitio, hemos definido la cultura como aquello que reconoce una **historia**, unos **conocimientos**, un **lenguaje** y unas **experiencias** comunes.

Probablemente además, pueden incluirse otros aspectos como las creencias, las normas, los valores, o también la etnia, el origen, la orientación sexual, una discapacidad u otras características definidas y autoatribuidas por el propio sujeto o grupo. Es innegable que la biomedicina reconoce una historia y unos conocimientos –derivados de una metodología científica– como hemos expuesto anteriormente.

El lenguaje biomédico da para bastante de qué hablar. Hasta el idioma. De hecho, apenas ahora se está dejando el latín como lengua vehicular de los conocimientos médicos: los médicos han ejercido en latín en todo el mundo occidental hasta hace bien poco e, incluso en el mundo anglosajón, tan celoso de su idioma, toda la nomenclatura anatómica todavía se estudia y se describe en esa lengua.

Asimismo, todo el vocabulario médico reposa en las raíces griegas y latinas. El uso y abuso de los prefijos y los sufijos griegos constituyen la forma habitual de modular o adjetivar la realidad de los sustantivos, muchos a su vez también en la versión transliteral a partir del griego o el latín, hasta que se han ido incorporando a los idiomas modernos.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, la tremenda influencia de la ciencia originada en los países anglófonos, especialmente de los Estados Unidos y, en los tres últimos lustros, con el advenimiento de Internet, el lenguaje biomédico se ha llenado de terminología en **inglés**, que se ha convertido en la nueva *lingua franca* para la medicina occidental. Hoy día, difícilmente se puede participar del conocimiento en medicina sin tener algún dominio del inglés.

Grey's Anatomy

La referencia bien puede ser la *Anatomía de Grey*, *Grey's Anatomy*, el tratado cuyas 37 ediciones se vienen publicando desde 1858 (no la serie televisiva de ABC-Canal Cuatro).

Incorporación a los idiomas modernos

Un ejemplo es el *Diccionari de Llengua Catalana* que publicó la Fundación Enciclopèdia Catalana, que recogió múltiples entradas del magnífico *Diccionari Enciclopèdic de Medicina*.

Cabe añadir que los médicos han llegado a verdaderos límites en su excelencia para denominar fenómenos, situaciones o realidades. Cada día se introducen nuevos vocablos para expresar nuevos fenómenos y añadir precisión a otros ya conocidos. Y también se afina en la selección de eufemismos de forma notable, en parte para ocultar el carácter ominoso de muchas palabras y suavizarlas, aunque, en otras ocasiones, sólo sirve para oscurecer el lenguaje y conservar de forma espuria el misterio de la ciencia. A ello acompaña un extraordinario uso y abuso de los acrónimos y las siglas que, incluso para los profesionales, requiere a menudo el empleo de diccionarios y glosarios de términos. El aprendizaje de todo ese vocabulario es una importante parte del programa de formación de los profesionales.

Eufemismos (cultismos) comunes

Algunos de los eufemismos más comunes son:

- **Neoplasia** por *cáncer*.
- **Accidente vascular cerebral** por *apoplejía*.
- **Algia** (como sufijo) por *dolor*: neuralgia, coxalgia, lumbalgia, etc.
- **Exitus** (*exitus letalis*) por *muerte*.
- **ETS** (enfermedades de transmisión sexual) como otras muchas siglas y acrónimos para evitar decirlo con todas las letras.
- **Brote** por *crisis nerviosa*.

Pero han sido las experiencias comunes lo que más ha contribuido a uniformizar y cohesionar a los médicos occidentales. El período de formación académica es similar en casi todos los países, la práctica asistencial recurre a métodos idénticos y los resultados se procura que sean reproducibles. Un médico occidental puede practicar una reanimación cardiorrespiratoria, el ejercicio más dramático que se practica pues hay en juego una vida humana, siguiendo una misma secuencia de gestos, esté donde esté y se haya formado donde sea.

Con el peso histórico de los compromisos de grupo que se remontan a los hipocráticos, pocas otras profesiones contienen tantos elementos de cultura propia.

Pero además, la cultura biomédica impregna todos los ámbitos de la sociedad. La crisis económica lleva a los bancos "a la UVI", la evolución de los mercados "tiene un electroencefalograma plano", los partidos de tenis son "de infarto", el tráfico se "colapsa", y el tema que preside las noticias durante un mes es la "píldora del día después", un compuesto hormonal anticonceptivo.

La medicalización de la sociedad es criticada como una forma de dependencia social por una cultura dimanada de un complejo medico-académico-industrial que se extiende por todos los ámbitos bajo el benéfico paraguas de la SALUD con mayúsculas. Pero es que la salud es lo único que importa y la biomedicina es lo que la garantiza.

3. La práctica asistencial en biomedicina

La atención a los enfermos sigue unos patrones similares en todos los países y comunidades a pesar de sus diferencias culturales y socioeconómicas.

La persona enferma, quien acude en demanda de atención, se define habitualmente como *enfermo* o *paciente*, aunque algunos sistemas más modernos rehúsan utilizar esa terminología y se refieren a "usuarios" o "clientes", al haber gente que requiere de los servicios de salud pero que no se sienten "enfermos".

El término *paciente*

Este autor, profesional de la medicina, utiliza habitualmente el término *paciente*, quizá por ser el mismo que se emplea en la literatura médica en inglés, aprovechando para explicar en cada ocasión propicia que son pacientes no por lo que *padecen*, que es el origen etimológico del término, sino por la paciencia de la que deben armarse cuando entran en contacto con los servicios asistenciales sanitarios.

3.1. Espacios

La práctica asistencial se realiza en unos espacios concretos y específicos que acaban constituyendo un ambiente o casi terreno propio de los profesionales, su territorio.

La consulta clásica, parte o no del domicilio del profesional, se mantiene todavía para la práctica privada, aunque ha ido perdiendo terreno y vigencia gradualmente, favoreciéndose el consultorio en una ubicación común a otros profesionales. Esta forma es la que adoptan los consultorios de la medicina pública (es decir, la financiada por el Estado): edificios de varias consultas y dependencias anejas para urgencias. Como se dedican a pacientes que pueden desplazarse autónomamente, es decir, que pueden andar, se han llamado *ambulatorios*.

En los Estados Unidos, existe una sociedad científica dedicada a la medicina primaria que se denomina Ambulatory Medicine. Sin embargo, estos edificios de asistencia se ganaron en España una mala reputación por su funcionamiento errático, burocratizado y masificado, por lo que dejaron de llamarse *ambulatorios* oficialmente, en otro claro intento eufemista, y pasaron a llamarse *centros de salud* o *centros de atención primaria*, aunque su funcionamiento no haya variado mucho.

Esta terminología resulta difícil de traducir. La influencia del inglés lo ha alcanzado todo y en algunos aspectos existe una cierta confusión. Por ejemplo, una consulta, incluso una privada, se llama en inglés de Inglaterra *surgery*, cuya traducción literal es "cirugía", por cuanto, tradicionalmente, en esos espacios se realizaban antaño intervenciones quirúrgicas. En EE. UU., son simple-

mente *office*, oficina o despacho. Pero las consultas de los hospitales se llaman *clinic*, que en español quiere decir "centro hospitalario con camas", de *cliné*, "cama" en griego. También en algunos centros sanitarios u hospitales grandes, al edificio de consultas externas, que es el que no tiene camas, se le llama o ha llamado *policlínica* (literalmente: "muchas camas"), absurdamente.

Terminología inglesa

El lector que consulte bibliografía en inglés debe ser cauto al interpretar el vocabulario. Como decía Oscar Wilde, el Reino Unido de la Gran Bretaña y los Estados Unidos de América son dos países separados por un mismo idioma. Por ejemplo: el quirófano en Inglaterra es el *operating theatre*, OT en siglas, mientras que en los EE. UU. es la *operating room* OR. Y varios (muchos) más. Y por cierto, en los hospitales anglosajones no hay *boxes*, "cajas", nada más que para guardar cosas; las dependencias pequeñas de las unidades que en los hospitales españoles llaman *boxes*, allí son habitaciones: *rooms*.

Las *clínicas* suelen ser las de régimen financiero privado o de mutuas aseguradoras, mientras que los centros hospitalarios públicos son ahora *hospitales*. Por otro lado, los hospitales *clínicos* –una redundancia estúpida porque no parece que existan hospitales **sin** camas, es decir, *no clínicos*– son, en España, los hospitales universitarios dependientes o ligados a las universidades y el Ministerio de Educación correspondiente.

En general, una consulta médica consiste en una dependencia más o menos espaciosa dotada de una mesa de despacho y sillas, y una cama o camilla donde puede reposar el paciente mientras se le explora. Al objeto de preservar la intimidad, en Occidente se mantienen las puertas cerradas y a veces existe una cortina o biombo que separa la zona de exploración del resto de la dependencia. Además, puede haber otro mobiliario auxiliar y algún instrumental, como básculas de peso o instrumentos de medida de la presión arterial o de la exploración de los órganos accesibles desde el exterior, como ojos, garganta u oídos.

Los hospitales son edificios dedicados a la atención sanitaria que disponen de camas, lechos y, por tanto, tienen régimen de pernoctación. Si el paciente, pueda caminar o no, se va a dormir a su casa, la dependencia se denomina *hospital de día*.

Desde que empezaron a crearse los hospitales dependientes de la administración de la Seguridad Social durante el franquismo, en consonancia con la macabra estupidez eufemística de la dictadura, los hospitales se llamaron *residencias sanitarias*. Era como si se tratase de un lugar a donde ir a vivir, como opuesto a los hospitales que, hasta entonces, eran sitios a donde ir a morir. Todo ello muy propio del paternalismo del *régimen* y para separarlo de la lamentable imagen que ofrecían las instalaciones de los hospitales universitarios o civiles existentes. Los complejos de varios hospitales o los hospitales con varios edificios se denominaron *ciudades sanitarias*.

Los hospitales, además de la acomodación hostelera, disponen de dependencias donde realizar todas las tareas que la atención al paciente requiere. Así, tienen salas de operaciones o quirófanos, dependencias para el diagnóstico

Parque sanitario

Últimamente, prolifera la denominación de *parque sanitario* para designar conjuntos de edificios y dependencias dedicados a la atención médica, como los parques tecnológicos, etc.

por imagen: rayos X, tomografías, ecografías, laboratorios para el diagnóstico biológico o bioquímico y lo que ahora se denominan *gabinetes*, dependencias para la realización de procedimientos diversos que no son necesariamente intervenciones quirúrgicas, como endoscopias y cateterismos, procedimientos que consisten en la introducción de artilugios en el cuerpo para el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades internas, así como otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos de órganos accesibles desde el exterior, como ojos, garganta, oídos o genitales, que no requieren anestesia.

Lógicamente, estas estructuras, que son notablemente complejas, requieren además de dependencias auxiliares como almacenes, oficinas de administración, comedores y cafeterías para el personal y las visitas, planta industrial de suministros de electricidad, calefacción, mortuorios e incluso dependencias de carácter religioso, como capillas.

Existen además hospitales de larga estancia, principalmente dedicados a enfermos convalecientes y los hospitales dedicados a enfermos con problemas de salud mental, hospitales psiquiátricos llamados antes *manicomios*, con estructura similar pero sin las dependencias como quirófanos y unidades especiales de diagnóstico mencionadas.

En estos espacios, se desarrolla la actividad asistencial mayoritaria. Y, en ellos, se distribuyen por separado los espacios de los pacientes y los espacios de los profesionales. En general, los profesionales, médicos, enfermeros, terapeutas diversos, entienden esos espacios como propios a los que el paciente acude sólo temporalmente. Quien controla el espacio es el profesional; el paciente está de visita, de paso.

Los centros asistenciales están plagados de limitaciones espaciales: puertas, letreros que impiden el paso o limitan el acceso. Una parte de la motivación se basa en la necesaria intimidad de los pacientes, sea:

- **Intimidad física**, ya que en muchas circunstancias el paciente está sin ropa y en posturas que se consideran poco decorosas; o
- **Intimidad mental**, porque en el natural desvalimiento de la enfermedad, casi nadie quiere exhibir sus miserias y ser identificado con ellas.
- **Intimidad social**, mantenimiento del anonimato y discreción personal.

Pero, en realidad, los controles de los espacios suelen ser para beneficio de los profesionales que, en general, no gustan de ser observados mientras trabajan. Por otro lado y curiosamente, hasta hace más o menos cincuenta años, el *sanc-ta santorum* de la asistencia médica, el quirófano, estaba dotado de una gradería desde la cual observar las intervenciones. Inicialmente, la intención era que los estudiantes y aprendices pudiesen observar los procedimientos, pero la entrada a la gradería solía estar abierta a cualquier curioso. Se han denominado

anfiteatros y, como ya se ha dicho, en el reino Unido al quirófano se le llama *operating theatre*, confiriendo un cierto carácter de espectáculo a las operaciones. Incluso se llegaban a oír aplausos cuando se producía un final exitoso.

Hoy día, las limitaciones de acceso a las diferentes dependencias tienen más razones de control y seguridad. Los factores de control de limpieza y asepsia han ido variando con el tiempo. Hacia el tercer cuarto de siglo pasado, la política de control de las infecciones propugnaba controles estrictos en los espacios, exigiendo para ocuparlos que las personas, profesionales diversos, se vistieran con ropas estériles y calzado especial en muchas unidades. Más recientemente, y basándose en la experiencia conocida y publicada del control de las infecciones llamadas *nosocomiales*, las adquiridas en el propio hospital, las medidas de control se han relajado bastante, quedando la esterilidad reducida a los quirófanos dedicados a intervenciones abiertas, es decir, que rompen la integridad de la piel del paciente.

Los conceptos *abierto* y *cerrado* llegaron incluso a trascender al ámbito administrativo, de manera que los centros sanitarios se clasificaban así y el personal adjudicado a cada espacio pasaba por procedimientos de acceso diferentes. En España, se llamaban *instituciones cerradas* a los hospitales e *instituciones abiertas* a los ambulatorios en las convocatorias de concursos públicos y oposiciones para la contratación de personal sanitario.

Los hospitales, cerrados, contaban con personal específico de control de las entradas y salidas, los celadores, y se disponía de sistemas de documentos o *pases* para las personas autorizadas a entrar en los centros. Este tipo de medidas generaba toda una serie de actuaciones y comportamientos de usuarios y personal con disidencias y disputas y hasta algunos fenómenos de tráfico con los pases.

Desde finales del siglo XX, el acceso a los centros hospitalarios es libre.

Cabría añadir la atención domiciliaria en sus dos aspectos: el antiguo, del médico que visita al paciente en su domicilio porque no puede desplazarse, actualmente en franca retirada y residual; y a la fórmula actual de atención domiciliaria a pacientes crónicos y después de una hospitalización convencional, que responde al oxímoron de *hospitalización domiciliaria*.

3.2. Tiempos

No hace falta una gran introspección, como anuncia Frankenberg (1992), para reconocer la conexión entre la magnitud *tiempo* y la salud y la enfermedad.

Por una parte, la vida de los seres humanos reconoce diferentes periodos evolutivos en los que la biología del cuerpo y el desarrollo de la mente se encuentran notablemente diferenciados. Y otro tanto sucede con las alteraciones que

Nosocomiales

Nosocomial es un tecnicismo de "hospitalario", de *nosos*, "enfermedad" en griego. *Nosocomio* es "recinto para enfermos".

El celador

Se decía: "El celador ceta. Ceta la cancela." Actualmente, los celadores han evolucionado a funciones asistenciales auxiliares, transporte y movilización de enfermos, etc.

puedan sucederse. Así, recién nacidos, lactantes y niños pequeños, adolescentes pre y post puberales, jóvenes, adultos y ancianos tienen cuerpos distintos, mentes distintas, relaciones sociales distintas y enfermedades distintas.

En lo que respecta a las enfermedades, incluso las que acompañan toda la vida, se manifestarán de forma diferente a diferentes edades. De ahí que la edad sea uno de los primeros datos identificativos que se recogen de un paciente.

Las enfermedades también tienen sus tiempos propios. De entrada, en biomedicina, se han clasificado como *agudas* o *crónicas* según su curso sea breve o largo, aunque los plazos son algo arbitrarios. Una enfermedad sistémica, o que afecte a un órgano concreto se denomina *crónica* cuando su curso se prolonga varios meses o años, o bien acompaña al paciente de por vida. Mientras que una enfermedad que se limite a un episodio medible en días o quizá semanas, se denomina *aguda*¹. Pero también se habla de *cronificación* cuando un proceso que se considera que debería ser limitado en el tiempo se prolonga, como una herida que no cierra o una infección que no cura en el tiempo esperado, que se *cronifica* aunque sólo sea por unos pocos días o semanas.

⁽¹⁾Nótese que, a veces, el adjetivo *agudo* se adjudica a procesos súbitos y violentos e intensos, como un dolor o una crisis.

Otra idea cronotópica de las enfermedades es la del **episodio**. Muchas alteraciones tienen su aparición periódica y los lapsos de tiempo pueden ser regulares, como las fiebres palúdicas que se denominan *tercianas* o *cuartanas* según los accesos se produzcan cada tres o cada cuatro días. O bien *estacionales*, según las estaciones del año, como la patología alérgica o algunos trastornos psicosomáticos, como la úlcera de estómago. Otras, en cambio, se reproducen de forma aleatoria, como el asma, la epilepsia, la gota o la artritis reumatoide a lo largo de meses o años.

La distribución estacional de las enfermedades tiene su origen en que muchos agentes de la enfermedad pertenecen al reino vegetal, como las bacterias, los hongos y por su parte también los virus, que siguen ciclos anuales como las plantas. Aunque los humanos, como muchos otros animales, también siguen ciclos anuales y así sucede con diferentes estados de ánimo y con enfermedades orgánicas. Los efectos del clima, el calor, el frío, la luz o los meteorológicos: los cambios de presión atmosférica, el viento, la lluvia, es decir, el tiempo atmosférico, igualmente ejercen su influencia sobre la salud y la enfermedad.

El término tiempo

En español y otros idiomas romances, el tiempo cronológico y el atmosférico utilizan el mismo término. No así en inglés, que utiliza palabras diferentes, aunque reconoce la influencia en términos tan coloquiales como decir que alguien se encuentra *under the weather* cuando no se siente bien, expresión intraducible.

El curso del día también tiene su influencia sobre la salud y la enfermedad. Se denomina **ritmo circadiano** y la moderna biología lo relaciona con variaciones en la secreción de diferentes hormonas y otras sustancias por las células del organismo. El ritmo de vigilia y sueño es el más evidente y su influencia sobre la salud y la enfermedad, notoria. Otros ritmos afectan a la temperatura

corporal, que suele elevarse hacia el anochecer, u otras constantes vitales como la tensión arterial o los niveles de ciertas hormonas, como los esteroides o la hormona de crecimiento, que varían durante el día y la noche. Tanto las manifestaciones de la enfermedad como la organización de los cuidados tienen referentes en el ciclo diario.

Y también algunos condicionantes asistenciales administrativos. Así, los turnos laborales en los centros asistenciales se suelen distribuir en mañana, tarde y noche y con ellos varía la atención. Cambian los profesionales y cambian las rutinas, adaptándose o no a los condicionantes biológicos del ritmo circadiano de los pacientes.

Otro fraccionamiento del tiempo que tiene su importancia es el ciclo semanal, aunque éste lo es más por condicionantes administrativos y laborales. La semana, como unidad de medida del tiempo, es una distribución del trabajo que, en la cultura judeocristiana, se atribuye al propio Dios y figura al inicio de la Biblia. Lo más probable es que los ciclos semanales sigan las fases de la Luna, de notable influencia en muchas culturas y traducida a las enfermedades hasta el extremo de denominar "lunáticos" a quienes tienen comportamientos cíclicos como en las psicosis bipolares. En cualquier caso no determina necesariamente la enfermedad y su evolución, pero sí, y notablemente, la asistencia. La actividad varía durante la semana y se reduce los fines de semana, aplazándose muchas actuaciones a la semana siguiente, o adelantándose para evitar las ausencias o reducciones de personal presente en los servicios durante los festivos. Tal sucede con intervenciones quirúrgicas no urgentes, que se aplazan, o con operaciones cesáreas, que se adelantan al viernes.

Día de operaciones

De forma más o menos seria, se suele decir que "si quieres que te operen, elige mejor un martes, por la mañana y por un cirujano y un anestesista que no hayan trabajado el fin de semana anterior...". La interpretación queda a juicio del lector.

Una situación en la que el tiempo es el factor determinante es la urgencia. O las urgencias. La urgencia como característica de un proceso de enfermedad, cuya atención se requiere de inmediato si se quieren evitar consecuencias fatales. Al fin y al cabo, el término *urgencia* tiene una indudable carga cronológica. Urgencia es *inmediatez*, *prontitud*, *presteza*, *celeridad*, todos términos que recuerdan que es el **tiempo** lo que apremia. Mucho más en un segundo término, más social o, si se quiere, sociomédico, está la idea de *gravedad*, *seriedad* o *peligro* añadido a una circunstancia, pero, en cualquier caso, la tal gravedad viene siempre condicionada por la premura.

Urgencias y emergencias

Más o menos arbitrariamente, se ha asignado el término *urgencias* a lo que sucede en el hospital y *emergencias* son los sucesos relativos a la salud y la vida de las personas que acontecen en la calle o cualquier otro espacio. Las emergencias *emergen*, aparecen súbitamente. Es un tema de bomberos y ambulancias. Incluso se han asignado diferentes distintivos. Los servicios sanitarios detentan una cruz. Los de emergencias una cruz con un aspa superpuesta.

Y las urgencias como forma asistencial en los centros sanitarios: es decir, un tipo de asistencia para problemas que la demanda determina como que precisan atención inmediata y a los que se dedica un espacio y un personal asistencial específico. La condición de urgente la determina la demanda. Alguien, paciente o allegados, decide que el problema requiere atención inmediata. La calificación de *urgente* por parte de los profesionales matiza esta condición en función también de la gravedad.

De ahí que los profesionales hablen de que algunas demandas no son "verdaderas urgencias", las valoran negativamente. La acumulación de la demanda a las puertas de urgencias da lugar a que se produzcan colas y que la atención se demore notablemente, con lo que la condición de "urgente" queda en entredicho. Para la determinación de los tiempos requeridos para la atención, los servicios instituyen sistemas de discriminación y prioridades en función de la gravedad, que se conocen como *triaje*, al objeto de priorizar la asistencia entre los demandantes.

Otros *tiempos* a considerar pueden ser los tiempos quirúrgicos, es decir, los que regulan la realización de los procedimientos, los tiempos de duración de episodios, los intervalos entre las recurrencias, o los necesarios para dosificar los tratamientos, farmacológicos o de otro tipo, los tiempos biológicos de ciclos vitales femeninos como el período menstrual o el embarazo y otros varios que condicionan tanto a la enfermedad como su atención.

Por todo lo anterior, resulta evidente que el factor tiempo en la moderna biomedicina es un condicionante capital. Como lo es su control. La calidad hegemónica de la biomedicina se extiende a ese control. En la relación paciente-médico, o paciente-sistema asistencial, el control lo ejerce notablemente la segunda parte de la relación. Que la mitad de la relación que constituyen los enfermos y que éstos sean comúnmente reconocidos como *pacientes* abunda en ello. La paciencia, cualidad del paciente, tiene mucho que ver con la espera y tal es una apreciación del transcurso del tiempo. Y si volvemos ahora a la consideración de los espacios, el espacio del paciente que le es reservado y se considera propio, es la sala de espera. Los pacientes pierden el control de su tiempo, confiándolo al sistema asistencial. Lamentablemente, en ocasiones, además de perder el control, también pierden el propio tiempo.

4. De la medicina individualizada a la medicina colectiva. La salud pública

Aunque los mismos médicos hipocráticos ya tenían en cuenta la importancia de la salubridad y los romanos construyeron magnas obras urbanas con propósitos higiénico-sanitarios (como los acueductos y el alcantarillado), la salud pública no adquiere carácter de actividad y disciplina reglada hasta la segunda mitad del siglo XIX. Coinciden en ello dos fenómenos, uno de carácter bélico y social, y otro científico.

A mediados del siglo XIX, se empieza a hacer evidente que las bajas en los ejércitos por enfermedades a menudo superaban las debidas a acciones de guerra y eso, precisamente, cuando la capacidad mortífera de las armas, de las armas de fuego, había alcanzado un máximo de su macabra eficacia. Al tiempo, la eclosión de las libertades individuales y los derechos humanos comenzaban a limitar la despreciativa liberalidad con la que los mandos dirigentes de los ejércitos disponían de las vidas de sus soldados. Esto y la revolución industrial, que necesitaba enormes contingentes de mano de obra, llevó a considerar que la preservación de la integridad y la salud de súbditos y soldados era algo a tener en cuenta.

Al mismo tiempo, se descubren el papel de los microbios –ya conocidos desde más de cien años antes– en la causa de las enfermedades infecciosas, el carácter transmisible de muchas de ellas y el funcionamiento de las epidemias.

De ahí que los primeros profesionales de la salud pública fueran en su mayoría militares. Y que, en el ámbito de la salud pública, se continúen utilizando términos militares como *campañas anti*, *lucha contra*, *estrategia*, etc.

La salud pública se ocupa de prevenir las enfermedades, prolongar la vida útil y promover la salud mediante esfuerzos organizados en el ámbito de la comunidad.

Ello incluye las medidas sanitarias ambientales, el control de las enfermedades transmisibles, la educación de la población en medidas de higiene personal y la organización de mecanismos sociales que aseguren el mantenimiento de la salud de todos y cada uno de los individuos que componen una comunidad, sea ésta reducida a un asentamiento pequeño, una ciudad, un país o el planeta en su conjunto.

Lógicamente, la salud pública se ha visto notablemente influenciada por los grandes progresos científicos de los últimos ciento cincuenta años. Estos avances desterraron antiguas teorías erróneas sobre las enfermedades epidémicas, incluyeron medidas como la cloración de las aguas, la incorporación de suple-

mentos vitamínicos a los alimentos y sobre todo, la aplicación de metodología científica al conocimiento del estado y evolución de la salud de las poblaciones mediante encuestas de salud, estudios epidemiológicos y el mantenimiento de registros de enfermedades.

La salud pública se ha consolidado mediante acuerdos de colaboración entre diferentes países que se consolidan con la creación en 1948 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una agencia especializada de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Actualmente –y desde su fundación– la OMS tiene su sede en la ciudad suiza de Ginebra.

Ámbito de la salud pública

- Medicina preventiva (prevención de enfermedades)
- Epidemiología (estudio y control de las enfermedades)
- Salud ambiental ("sanidad" o medidas de sanitización)
- Salud laboral (prevención y cuidados en el trabajo)
- Salud alimentaria (control de la manufactura y la manipulación de los alimentos)
- Salud industrial (control sanitario de productos manufacturados de uso humano)
- La llamada *medicina social* (problemas de salud causados por determinantes básicamente sociales: pobreza, toxicomanías, etc.)

La salud pública en Gran Bretaña se denomina también *salud comunitaria* y ese término se utiliza entre nosotros como parte de las funciones de los médicos dedicados a la atención primaria. Sin embargo, estas funciones que, hasta hace unos años, asumían los facultativos funcionarios de lo que se denominaba *asistencia pública domiciliaria*, que tenían su desarrollo básicamente en el ámbito rural, han sido mayoritariamente centralizadas en los equipos directamente dependientes de los departamentos de salud de los gobiernos autonómicos.

La medicina preventiva se ocupa principalmente de la previsión de enfermedades. De forma específica, de las que pueden tener una prevención tanto en un individuo como las que se pueden prevenir para todo un grupo social o comunidad. Esto incluye, por descontado, las enfermedades transmisibles. De antiguo que se conoce la realidad de las epidemias, pero no ha sido hasta el descubrimiento de los agentes infecciosos, bacterias y virus, que se ha encontrado una explicación plausible y, a partir de ello, unos métodos preventivos eficaces, como por ejemplo:

- Medidas de aislamiento y evitación del contagio.
- Eliminación y control de agentes transmisores, como pueden ser insectos u otros animales, como es el caso de la malaria y los mosquitos que la transmiten o pudo ser en su día la peste y las pulgas de las ratas.
- Mediante vacunas que hagan a las personas inmunes a los agentes infecciosos: éste es el método más eficaz.

También se incluyen en la medicina preventiva las actuaciones para la evitación de enfermedades secundarias a carencias de algunos principios inmediatos, esencialmente las vitaminas y algunos minerales.

Igualmente, las medidas preventivas frente a causas de enfermedad que están en el entorno personal de las personas, como los hábitos tóxicos (tabaco, alcohol y otros agentes psicotrópicos) o los hábitos alimentarios desordenados, y la prevención y evitación de los accidentes.

4.1. La transición epidemiológica

Con este concepto, se conoce a las variaciones que han surgido en los últimos cincuenta años en el mundo occidental de las causas de enfermedad y muerte predominantes.

Precisamente por el desarrollo de las medidas de medicina preventiva a lo largo de la primera mitad del siglo XX, con la instauración de las vacunas y la identificación de las vitaminas y los problemas que acarrearán sus carencias, se produjo un cambio en la prevalencia de ciertos problemas de salud, de manera que, poco a poco, fueron desapareciendo o haciéndose muy minoritarios y el desarrollo de los agentes antiinfecciosos eficaces, los antibióticos, los redujo aún más.

Otro fenómeno acompañante y de alguna forma secundario en la reducción de las enfermedades infecciosas, ha sido el incremento de la expectativa de vida, esencialmente debido a la reducción de la mortalidad infantil causada por enfermedades infecciosas de carácter epidémico.

Ambos sumados han dado lugar a que, como causa de muerte –y de enfermedad–, las dolencias infecciosas han dejado el paso a un incremento de las enfermedades llamadas *degenerativas*, como el cáncer y los trastornos vasculares cerebrales y cardíacos, la hipertensión o la diabetes consecuencia de la obesidad y el sedentarismo.

Reducido a una explicación simple: las enfermedades infecciosas se cebaban especialmente en niños y personas jóvenes. Al incrementar la supervivencia, más gente llega a edades superiores con la posibilidad y oportunidad de desarrollar enfermedades propias de la edad, degenerativas. Unas lo son por el uso prolongado en el tiempo de los órganos y sistemas, y otras por la acción de noxas externas que requieren un tiempo de actuación. Así sucede con la acumulación de placas de aterosclerosis en los vasos sanguíneos, que causa la obstrucción en órganos con circulación terminal, como el cerebro o el miocardio, un proceso que lleva años. Y lo mismo ocurre con agentes cancerígenos como el tabaco, que producen sus efectos tras años de contacto.

No debe creerse, sin embargo, que las enfermedades infecciosas hayan desaparecido o vayan a desaparecer en un plazo breve. La epidemia de infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y los más recientes brotes de gripe están ahí para recordárnoslo. Pero, en cualquier caso, la prevalencia de las enfermedades degenerativas afectando a amplios contingentes de la población en el mundo occidental ha pasado a ocupar el primer plano de la preocupación por la salud de los humanos.

En este contexto, la salud pública en la medicina occidental se ocupa de forma extensa de fenómenos demográficos de importancia epidemiológica.

Así, las cifras de natalidad, de mortalidad y de prevalencia o incidencia de enfermedades son los patrones por los que se mide la salud de los pueblos, las comunidades o las naciones. Son, pues, objeto de vigilancia constante por parte de los profesionales y las autoridades sanitarias.

4.2. Migraciones

También son objeto de vigilancia constante los movimientos migratorios, ya sean del campo a la ciudad o de los países o regiones pobres a otras más favorecidas.

En España, los procesos migratorios vivieron en la segunda mitad del siglo *xx* la primera forma. Millones de habitantes rurales se trasladaron a vivir a las grandes ciudades, como ha venido sucediendo también en el resto del mundo. La urbanización de la población parece un fenómeno imparable que ha dado lugar a las monstruosas megápolis como México DF, Estambul o Calcuta, que sobrepasan los 20 millones de habitantes en sus áreas metropolitanas. Aquí han sido principalmente Madrid, Barcelona, Sevilla y Valencia donde el fenómeno se hizo más evidente.

Por otro lado, a partir de los comienzos del siglo *xxi*, este país, que siempre había sido un exportador de emigrantes –sobre todo a América y también a Europa– se ha convertido en un país de inmigración de personas procedentes de áreas del planeta tan dispares como el norte de África –la más próxima–, una parte de Iberoamérica y los países del Este europeo, además de numerosos contingentes de China, el continente indio –Pakistán– y el asentamiento de ciudadanos jubilados procedentes de la Europa fría. En su conjunto, alcanzan en esta primavera del 2009 hasta un 12% de la población, aunque irregularmente repartida, de forma que se ha pasado de 41 millones a más de 45 millones de habitantes en menos de una década.

Estos fenómenos y sus implicaciones sanitarias son también una ocupación de los recursos de salud pública.

Pero lo son más aún, si cabe, de los recursos del trabajo social. Al fin y al cabo, la inmensa mayoría de la población inmigrante es joven y sana. La inmigración, por sí sola, no es un problema de salud. Pero, casi por definición, representa un problema social: el cambio de medio personal, el desarraigo, la soledad, las dificultades idiomáticas, las diferencias culturales, las limitaciones económicas son connaturales a la inmigración.

Hay que señalar que, en este ámbito concreto, el sistema biomédico hegemónico deja bastante que desear en cuanto a eficacia. Hace muy poco que los sistemas sanitarios han comenzado a prestar atención a la diversidad y se ha generado un cuerpo de doctrina alrededor de la competencia cultural, es decir, la necesidad que tienen los profesionales de adquirir habilidades y competencias en la atención a la diversidad cultural.

5. Los ámbitos asistenciales en el modelo hegemónico

A efectos de descripción, y también de comprensión, de la realidad del modelo biomédico, conviene señalar que la asistencia se separa de forma no siempre racional, en diferentes ámbitos.

Los criterios utilizados para dirimir estos ámbitos, aunque se consideran de gestión de recursos, en realidad han adquirido gradualmente una realidad de dedicación y profesionalización específica de cada ámbito.

5.1. Atención primaria

La atención primaria representa el primer escalón en la asistencia, el primer punto de atención y la puerta natural de entrada en el sistema asistencial. Se ocupa de la atención de los problemas agudos, sobrevenidos a la población que generalmente es asignada por ámbitos geográficos, de los problemas crónicos y sus cuidados, de la prevención de patologías conocidas y la promoción de la salud mediante programas de educación sanitaria y actuaciones para mejorar la higiene.

En España, se suele practicar en los centros de salud o centros de atención primaria, instalaciones situadas más o menos estratégicamente para facilitar el acceso a la población. En las zonas rurales más dispersas, la atención primaria se practica en consultorios de los profesionales.

Los centros de atención primaria (CAP) son edificios con estructura de consultas donde varios profesionales, médicos, enfermeros y trabajadores sociales prestan sus servicios a la población asignada. Pueden, además, contar con un área de atención continua o inmediata de urgencias o consultas no programadas.

Además de la atención clínica, en los CAP se ofrecen servicios de pruebas complementarias, realizándose extracciones de muestras que, generalmente, se procesan en laboratorios centralizados, y en algunos se dispone de medios de diagnóstico por imagen como radiología o ultrasonografía.

Los profesionales médicos suelen ser médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria, que es la forma que adoptan los médicos generales en España (en inglés: *general practitioners: GP*), especialidad que adquieren después de un periodo de formación específica al concluir la licenciatura en Medicina y que suele durar cuatro años.

Los profesionales de enfermería y los trabajadores sociales generalmente tienen una dedicación exclusiva a la asistencia primaria y cubren las funciones que les son propias.

5.2. Atención especializada

La atención especializada consiste en la asistencia médica proporcionada por facultativos formados y dedicados específicamente a alguna de las especialidades médicas.

Especialidades médicas reconocidas (básicas)	
Medicina familiar y comunitaria	Pediatría
	Obstetricia y ginecología
	Medicina interna
	Cirugía general y digestiva
Especialidades por órganos y sistemas (médicas)	Cardiología
	Dermatología
	Endocrinología
	Gastroenterología
	Nefrología
	Neumología
Especialidades por órganos y sistemas (quirúrgicas)	Cirugía cardíaca
	Cirugía maxilo-facial
	Cirugía ortopédica y traumatología
	Cirugía plástica
	Cirugía torácica
	Cirugía vascular
	Neurocirugía
	Oftalmología
	Otorrinolaringología
	Urología
Especialidades por la naturaleza de la patología a asistir	Cuidados intensivos
	Enfermedades infecciosas
	Logopedia y foniatría
	Oncología

Especialidades médicas reconocidas (básicas)	
	Psiquiatría
	Rehabilitación
	Reumatología
	Urgencias
Especialidades por el método o la tecnología empleada	Análisis clínicos
	Anatomía patológica
	Anestesia y reanimación
	Medicina nuclear
	Radiología (diagnóstico por imagen)
	Radioterapia
Otras especialidades	Medicina forense (medicina legal)
	Medicina del trabajo (medicina laboral)
	Epidemiología y medicina preventiva
	Farmacología y farmacia hospitalaria

Las especialidades se pueden ejercer en los CAP, generalmente las que no precisan una estructura más compleja o medios propios de otro ámbito asistencial y se tiende a acercar las especialidades al territorio. Sin embargo, la mayor parte de la asistencia especializada se realiza en la atención hospitalaria.

5.3. Atención hospitalaria

La atención hospitalaria acoge a todos los pacientes que precisen asistencia en cama y las especialidades en general que requieren equipamientos o recursos específicos como quirófanos, unidades de atención específica o recursos diagnósticos complejos en sus instalaciones.

Anteriormente, ya hemos comentado la estructura de los hospitales al hablar de los espacios.

La asistencia en los hospitales se distribuye más o menos en la atención hospitalaria propia en habitaciones dotadas de camas, repartidas en espacios en función de necesidades diversas, como pueden ser salas o plantas generales o unidades especiales como las de cuidados intensivos, reanimación, diálisis o zonas de aislamiento concretas. Además de las dependencias para los servicios o especialidades que lo requieren, como los quirófanos, los paritorios o las unidades de diagnóstico por la imagen, la asistencia también se presta en el área de urgencias y en las consultas externas.

La atención hospitalaria reconoce a su vez diferentes niveles, según el hospital sea comarcal (nivel I), de distrito (nivel II), o de alta tecnología y de referencia (nivel III), según el ámbito geográfico al que presten servicio y la categoría tecnológica que sus servicios ofrezcan.

5.4. Atención sociosanitaria

Otro ámbito asistencial lo constituyen los centros dedicados a la atención denominada *sociosanitaria*, por cuanto atiende pacientes cuyo estado de salud genera más dependencias sociales que propiamente medicosanitarias.

Tal dependencia puede venir determinada por la propia naturaleza de los padecimientos, por el momento evolutivo de la enfermedad o por la disponibilidad o no de recursos asistenciales en el domicilio del paciente.

En lo que se refiere a la naturaleza de las enfermedades, se entiende esencialmente que se trata de problemas crónicos de solución incierta o no contemplable y que prolongan la necesidad de hospitalización del paciente. Por otro lado, puede tratarse de situaciones de convalecencia larga en las que la recuperación se espera en plazos dilatados, durante los cuales la asistencia por parte de profesionales médicos y de enfermería puede espaciarse en tiempo e intensidad. También acoge situaciones en las que la atención requerida no pueda realizarse en el domicilio del paciente por carencia de recursos físicos o personales.

6. Las llamadas *medicinas alternativas* (MAC: **medicinas alternativas y complementarias**)

Obviamente, la calificación de *alternativa* parte del universo de la biomedicina o como contrapartida a éste. Curiosamente, se habla de *medicinas alternativas* cuando se quiere decir *opcionales*, y *alternativa* en lengua española es un sustantivo que no admite plural: una cosa tiene una alternativa, una sola.

También se suele calificar como medicina **no oficial** cuando por *oficial* sólo podemos entender *hegemónica*, ya que la biomedicina no es más oficial que en cuanto a oficio que, como ejercicio profesional, está oficialmente regulado. Los colegios profesionales de médicos se autodenominan y titulan *Colegio Oficial de Médicos*, como si pudiese existir uno *no-oficial*.

Durante décadas, una de las principales funciones, estatutaria y constitucional de los colegios profesionales oficiales de médicos ha sido combatir lo que se entendía como *intrusismo profesional*, considerando tal la práctica asistencial por parte de personas o no tituladas o no adscritas a una institución colegial.

Algunas formas alternativas de sistemas médico-terapéuticos son las siguientes:

- **Sistemas médicos completos:** homeopatía, naturopatía, medicina tradicional china y medicina ayurvédica.
- **Medicina de la interacción mente-cuerpo:** meditación, plegaria, curación mental, terapia por el arte, terapia musical, terapia por la danza.
- **Terapias de punción:** acupuntura, auriculopuntura.
- **Prácticas con base biológica:** suplementos dietéticos, suplementos herbóreos y otras prácticas que utilizan productos biológicos con propiedades supuestas o reales: cartílago de tiburón, cuerno de rinoceronte, etc.
- **Prácticas de manipulación del cuerpo:** manipulación espinal (tanto quiropráctica como osteopática) y masajes, reflexoterapia.
- **Terapias energéticas:** *qi gong*, *reiki*, toque terapéutico, magnetoterapia.
- **Terapias ambientales:** hidroterapia, balneoterapia, talasoterapia.
- La llamada *folk-medicine* de diferentes pueblos indígenas.

Critica

"...las medicinas complementarias o alternativas acaban copiando los esquemas de funcionamiento del modelo biomédico hegemónico..."

Tabla

Listado de medicinas alternativas y complementarias

Acupuntura	
Aromaterapia	
Cienciología (<i>Christian Science</i>)	
Hidroterapia y balneoterapia	
Hipnoterapia	
Iridología o iridodiagnóstico	
Magnetoterapia	
Medicina antroposófica	
Medicina energética	
Método Bates de mantenimiento y mejora visual	
Quelación (<i>Chelation therapy</i>)	
<i>Qigong</i> (artes marciales)	
<i>Reiki</i>	
Retrobioalimentación (<i>Biofeedback</i>)	
Terapias basadas en el ejercicio	Aerobic
	Fisioculturismo
	<i>Tai chi</i>
	Método Feldenkreis
	Pilates
Terapias biológicas (dietéticas)	Ayuno
	Dieta Atkins
	Dieta de alimentos crudos
	Dieta de Okinawa
	Dieta macrobiótica
	Dietética china
	Medicina ortomolecular
	Naturopatía
	Ovolacto vegetarianos
	Vegans
Vegetarianismo	

Terapia con esencia de flores (flores de Bach)	
Terapia con orina (uropatía)	
Terapia de sujeción y abrazo	
Toque terapéutico	
Trabajo corporal (<i>Body work</i>)	
Shiatsu	
Yoga	

6.1. Medicina ayurvédica

La medicina ayurvédica² es un sistema de medicina tradicional de la India que también se practica en otros lugares del mundo como medicina alternativa o complementaria. Habiendo evolucionado a lo largo de su milenaria historia, continúa siendo un sistema asistencial importante en el subcontinente indio. Las primeras referencias escritas datan de la época de los vedas.

⁽²⁾ *Ayurveda*: literalmente "la ciencia de la vida".

La medicina ayurvédica considera el universo compuesto de cinco grandes elementos: tierra, agua, fuego, aire y espacio, que son también los elementos que componen el cuerpo humano. Los componentes primarios del cuerpo humano son siete: carne, grasa, quilo, sangre, hueso, médula de los huesos y semen.

Además, ponen un gran énfasis en el equilibrio de tres principios regulatorios denominados *vata* o aire, *pitta* o bilis y *capa* o flema, representativos de las fuerzas divinas y todos ellos conocidos como *doshas*, constituyentes de la constelación o combinación única de fuerzas propia de cada individuo.

Entiende que, para una buena salud, se precisa de una buena digestión y una adecuada excreción de desechos (*panchakarma*) y consiguiendo un buen equilibrio se incrementa la vitalidad, a lo que contribuye el ejercicio físico, el yoga y los masajes.

Para el diagnóstico, se obtiene una historia o *anamnesis* de los pacientes y se utilizan los cinco sentidos en su exploración de hasta diez detalles o cualidades a explorar: constitución, esencia, estabilidad, medidas corporales, anomalías, fuerza física, forma física o resistencia, edad, dieta y capacidad digestiva.

Se describen ocho métodos o disciplinas de terapéutica, denominadas *ashtanga*:

- la cirugía
- el tratamiento de las enfermedades por encima de la clavícula

- la medicina interna
- la eliminación de la posesión (equivalente a la psiquiatría)
- el tratamiento de los niños
- la toxicología
- la prevención y el desarrollo de la inmunidad frente a las enfermedades
- los afrodisíacos

Se identifican cinco criterios de influencia en el diagnóstico: el inicio de la enfermedad, los pródromos, los síntomas de la enfermedad desarrollada, los efectos del tratamiento y el proceso de desarrollo de la enfermedad.

La medicina ayurvédica pone un gran énfasis en la moderación en la comida, la actividad sexual o el uso de remedios, siempre buscando una situación de equilibrio y reconociendo que los excesos de cualquier orden no son buenos para la salud.

La dietética ayurvédica incluye recomendaciones sobre la preparación y forma de tomar los alimentos además de su composición y de las costumbres o rutinas en la secuencia en que los alimentos se consumen.

Igualmente, la higiene corporal juega un importante papel. El baño, la limpieza de dientes y lavado de los ojos, así como el cuidado de la piel con aceites diversos tiene un papel importante, tanto en la vida cotidiana como promotores y preservadores de la salud como en forma de tratamiento de las enfermedades.

En lo que respecta a los aspectos organizativos, el parlamento hindú aprobó en 1970 la reglamentación del Consejo Superior con el propósito de normalizar las calificaciones para la práctica de la medicina ayurvédica y para promover la creación de instituciones para el estudio y la investigación de su práctica. Actualmente, existen más de un centenar de centros superiores que ofrecen titulaciones en Medicina Ayurvédica tradicional.

Estos graduados practican en las numerosas clínicas y consultorios, tanto en ámbitos urbanos como rurales, donde el sistema es el que proporciona asistencia primaria a la población en amplias regiones del continente.

Una parte importante de la medicina ayurvédica la constituye su propia elaboración de productos farmacéuticos de los que se ha creado una industria potente que prepara las fórmulas específicas que se precisan. La mayor parte son composiciones galénicas de principios farmacológicos tradicionales, pero también se incluyen preparados procedentes de la farmacopea occidental.

La numerosísima colonia hindú en diferentes países occidentales, especialmente en el Reino Unido y otros países de la Commonwealth como Canadá o algunas de las antiguas colonias británicas en África con grandes contingentes de personas de origen hindú, ha hecho proliferar la oferta de servicios asistenciales, médicos y productos farmacéuticos ayurvédicos en esos países.

Existen varias publicaciones científicas con el respaldo de ser publicaciones revisadas por iguales (*peer review*) incluidas en los índices de publicaciones internacionales dedicadas a la medicina ayurvédica como el *Theoretical and Experimental Journal of Ayurveda and Siddha*, el *Journal of Research & Education in Indian Medicine* y *The International Journal for Ayurveda Research*.

6.2. Medicina tradicional china

La medicina tradicional china (MTC) incluye todo un espectro de prácticas médicas tradicionales originales de la China que cuenta con amplia aceptación en el Este asiático, mientras que, en el mundo occidental, se considera un modelo médico alternativo. Incluye tratamientos con hierbas y otros productos naturales, tratamientos dietéticos específicos, la acupuntura y formas de masaje como *Tui na* y *Shiatsu*.

En la actualidad, el término *MTC* se aplica a la práctica de la medicina china moderna que se desarrolla a partir de las reformas que tienen lugar en la República Popular China después de la revolución comunista de 1950 y la voluntad del gobierno central de ofrecer un sistema asistencial médico que pudiese extenderse a toda la población, aunque recoge las prácticas de la medicina china clásica.

Las bases filosóficas de la medicina tradicional china derivan de las filosofías orientales taoísta y budista, en las creencias de que la vida humana se encuentra en relación íntima con el ambiente que le rodea en toda su amplitud.

Sus orígenes se atribuyen al emperador Amarillo que escribió el llamado *Huangdi Neijing* o canon interno del emperador de la medicina, hace 4.000 años. Probablemente, fue escrito por un autor anónimo en épocas más recientes bajo la dinastía Han.

Zhang Zhong Jing (200 a. C.) es considerado el equivalente a Hipócrates en China y a él se atribuye un tratado de conocimientos médicos que menciona el canon imperial. Existen descripciones del uso de acupuntura y moxibustión de los primeros siglos de nuestra era, durante la dinastía Jin.

La MTC ha ido evolucionando a lo largo de los siglos al mismo tiempo que la cultura china en general, desde unas prácticas originales fruto de experiencias de shamanes y practicantes de medicina que, recogidas y analizadas, han contribuido a un cuerpo de doctrina que se caracteriza esencialmente por el

pragmatismo y no tanto en el conocimiento teórico o las explicaciones de los procesos de enfermedad, lo que le ha permitido continuar existiendo y siendo practicada ampliamente hasta la actualidad.

La influencia de la medicina occidental ha sido incorporada a la MTC de forma que se ha beneficiado de ello sin perder su vigencia. La aceptación por su eficacia frente a muchos trastornos en los que la medicina occidental no ofrece soluciones eficaces, tanto trastornos menores como los resfriados o las alergias, como procesos de larga evolución de difícil tratamiento, como las migrañas o las artritis crónicas, por citar alguno.

6.2.1. El diagnóstico

En la MTC, el diagnóstico se basa en la observación amplia de todos los síntomas y signos que presenta el enfermo. Se describen cuatro tipos de métodos:

- **Wang.** Observación.
- **Wén.** Oír y oler.
- **Wèn.** Inquirir sobre los antecedentes y el entorno.
- **Qiè.** La palpación. La palpación del pulso es una parte importante de la exploración.

6.2.2. Terapias

- **Herboterapia.** Se emplean hierbas o plantas secas y partes secadas de animales en los tratamientos a partir del texto de herbología clásico de Shen Nong, escrito hace 2.000 años que clasifica más de 350 especies de raíces, hierbas, maderas, partes de animales y piedras que pueden ser eficaces y que se clasifican en tres categorías:
 - La categoría superior incluye hierbas que sirven para múltiples enfermedades y son responsables de mantener y restaurar el equilibrio del cuerpo, sin efectos indeseables secundarios.
 - La segunda categoría comprende productos tónicos pero cuyo consumo debe ser limitado.
 - La tercera categoría incluye otros géneros específicos que sólo pueden administrarse en dosis muy pequeñas.
- **Acupuntura.** La acupuntura es una técnica de aplicación de agujas en la piel en lugares específicos para obtener efectos que van desde el alivio de síntomas hasta la anestesia o la curación. El propósito es incrementar la circulación y los estímulos nerviosos para equilibrar la energía en el organismo.

- **Auriculoterapia.** La utilización del pabellón auditivo con fines terapéuticos con métodos de masaje, punción, cauterización o implantación de alambres metálicos.
- **La dietética china.** Basada en los "cinco gustos", que incluye un buen balance de los alimentos en cantidad y composición.
- **Cupping.** Aplicación de hemiesferas de vidrio calentadas que, al aplicarse, se adhieren a la piel por presión negativa al enfriarse.
- **Fijación de huesos (*Die-da or Tieh Ta*)** y otros métodos ortopédicos de reducción de fracturas y vendajes.
- **Moxibustión.** Aplicación de pequeñas bolas de artemisa incandescente en puntos de acupuntura.
- **Tai chi** y **yoga.** Ejercicios de control de cuerpo.
- **Masaje Tui na.** Se aplica sobre el cuerpo vestido, con presión y estiramientos.

6.2.3. Complementariedad y coexistencia de la MTC y la medicina occidental

En los países del Oriente, la MTC no se ve como una alternativa a la medicina occidental sino que se recurre a una y otra en función de necesidades específicas. Un proceso clínico concreto, como pueda ser una fractura abierta de un hueso, va a necesitar un tratamiento quirúrgico con recomposición de los tejidos que puede proporcionar la moderna cirugía traumatológica. Pero se puede recurrir a métodos de la MTC para aliviar el dolor, o incluso para la anestesia quirúrgica mediante acupuntura, con la evidente reducción de riesgos que comporta evitar una anestesia general convencional, y los tratamientos de masajes o hierbas pueden acortar el proceso de recuperación.

La medicina occidental ha comenzado recientemente a considerar los valores de la MTC y a estimular la investigación científica sobre su eficacia. La OMS y otros organismos como los institutos nacionales de salud del gobierno federal norteamericano han realizado informes sobre la eficacia de algunos métodos de la MTC, notablemente la acupuntura. La Fundación Cochrane, dedicada a la certificación de estudios basados en la evidencia científica, reconoce los efectos beneficiosos de la acupuntura en una serie de trastornos.

Lectura complementaria

Podéis consultar: A. D. Furlan y otros (2005). "Acupuncture and dry-needling for low back pain". En: *Cochrane database of systematic reviews*. Disponible en: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001351.html>.

6.3. Osteopatía y medicina osteopática

Se mencionan aquí y al tiempo se anota la controversia actual entre ambos conceptos o prácticas.

La osteopatía es una práctica asistencial médica desarrollada originalmente por Andrew Taylor Still en el siglo XIX y basada en la teoría de que muchas enfermedades son debidas a una pérdida de la integridad estructural. Se centra en la creencia de que todos los sistemas del cuerpo trabajan conjuntamente, están íntimamente relacionados, de manera que los trastornos en un sistema pueden afectar el funcionamiento de los otros. Se trata de una concepción del organismo y sus enfermedades de tipo holístico.

El tratamiento, que se denomina *manipulación osteopática*, consiste en un sistema de técnicas prácticas orientadas a aliviar el dolor, restablecer las funciones y con ello promover la salud y el bienestar. Emplea una amplia serie de técnicas (impulsos de alta velocidad y corta amplitud, técnicas funcionales, inhibiciones, etc.) para intentar devolver la armonía y el equilibrio que se pierden en el curso de las enfermedades, facilitando la recuperación.

De acuerdo con estos principios, por medio de la manipulación del sistema músculo-esquelético, es posible curar las afecciones de órganos vitales o enfermedades que se padecen, siendo la función de la manipulación la de reactivar el riego sanguíneo devolviendo la capacidad de movilidad normal a las articulaciones lesionadas y contribuyendo con ello a la curación del paciente.

La osteopatía clásica se practica en el Reino Unido y en Europa, donde se considera una forma de medicina alternativa y complementaria. En los Estados Unidos y también en Canadá, la medicina osteopática ha evolucionado integrándose en la medicina biológica hegemónica y los médicos que la practican reciben el mismo adiestramiento y realizan los mismos estudios que los titulados de las escuelas universitarias de Medicina, aunque añadiendo estudios y práctica en la manipulación osteopática que luego aplican principalmente a problemas osteoarticulares.

6.4. La homeopatía

La *homeopatía*, palabra derivada del griego *ὅμοιος* *homoios* (similar) y *πάθος* *pathos* (sufrimiento), es un modelo de atención a las enfermedades que se caracteriza por el empleo de productos carentes de ingredientes químicamente activos.

El fundador de la medicina homeopática fue el médico alemán Christian Friedrich Samuel Hahnemann³.

Web

Podéis ampliar información sobre la medicina osteopática en: http://en.wikipedia.org/wiki/Osteopathic_medicine_in_the_United_States.

⁽³⁾Meissen (Alemania), 10 de abril de 1755-París (Francia), 2 de julio de 1843.

La homeopatía aparece como una alternativa menos agresiva, y quizá efectiva, a la medicina dominante de la época, todavía basada en la teoría hipocrática, que utilizaba sangrías y purgas como principales recursos terapéuticos.

Se basa en los principios de que "lo semejante se cura con lo semejante" (*similia similibus curentur*) y en dilución progresiva de los agentes terapéuticos. Se opone así a la denominada *alopatía* o *medicina alopática*, igualmente derivada del griego *ἄλλος*, *álos*, que significa "diferente", término igualmente acuñado por Hahnemann y atribuida a la medicina convencional que trata, mediante la aportación de agentes *contrarios* a la enfermedad, que actúan en contra, en lucha con los síntomas y sus causas.

Medicina alopática

El término *alopático* o *medicina alopática*, que tiene este origen, se emplea ocasionalmente en la literatura antropológica para designar el modelo hegemónico de la biomedicina, pero ni ésta ni sus practicantes, los médicos occidentales, entienden ni aceptan esa dualidad, ni se reconocen o autodefinen como *alopáticos*.

Los remedios homeopáticos se preparan diluyendo progresivamente una sustancia y sacudiendo repetidas veces la disolución (potenciación o dinamización); alcanzando la dilución en general un grado tal que ni siquiera resulta detectable una molécula de la sustancia original.

Tiene una amplia y creciente popularidad en las áreas en las que se practica, siendo financiada, en parte, por algunos sistemas sanitarios públicos. Sin embargo, no se le reconocen pruebas empíricas de evidencia y sus fundamentos teóricos son contradictorios y se alejan notablemente de lo que la ciencia moderna ha venido desarrollando en el último siglo.

Sin embargo, la ocasional aparición de problemas relacionados con los efectos secundarios o reacciones indeseables de agentes terapéuticos biomédicos, tanto fármacos como vacunas, y la falta de respuesta de algunas enfermedades crónicas de difícil definición (y por tanto, tratamiento) ha contribuido a la popularización de la homeopatía, especialmente en Francia.

No es aquí ni ahora el momento de entrar en la polémica sobre su utilidad, aunque sí cabe señalar que, desde el punto de vista farmacológico, los productos homeopáticos no han demostrado tener más o distinta actividad que los placebos.

La eficacia "clínica" pertenece a otro ámbito de discusión.

6.5. La medicina integrativa

Este nuevo término adoptado del inglés recoge una idea "integradora" de los diferentes saberes y modelos asistenciales existentes dentro del modelo hegemónico.

Como tendencia, se inicia a finales de los años noventa y ha ido ganando adeptos y desarrollo hasta el punto de que numerosos y prestigiosos centros asistenciales en los EE. UU. y el mismo Colegio Oficial de Médicos de Cataluña han creado unidades o secciones dedicadas a este modelo "integral" de la atención médica.

Básicamente, se trata de integrar todos los recursos, intentar dar respuestas a todas las situaciones y aceptar todas las opciones, ocasiones, opiniones, oportunidades y ofertas dedicadas a la atención a los problemas de salud, sin más limitaciones que las que suponga la eficacia y la evidencia de ésta.

La doctrina se basa en el hecho de que, a pesar de los enormes avances de la medicina occidental, el óptimum de salud queda aún lejos. Que mientras que se han vencido muchas enfermedades, todavía existe un gran número de padecimientos que no se curan o que acompañan a los pacientes toda su vida.

Se define la **medicina integrativa** como la combinación de terapias médicas formales y terapias de la medicina complementaria y alternativa para las cuales existen datos científicos de alta calidad sobre su seguridad y eficacia.

La medicina integrativa es la suma de todas las medicinas basadas en la evidencia.

La medicina integrativa incluye todas las medidas diagnósticas y terapéuticas de la biomedicina y al tiempo incluye aspectos que hasta ahora se han considerado secundarios y no integrados en la atención médica.

Así, pueden ser la práctica deportiva, las técnicas de masaje, los suplementos dietéticos adicionales del tipo de los prebióticos, el uso de terapias basadas en la música, la danza y las artes plásticas, el control ambiental general y próximo, la prevención activa de las conductas de riesgo y de los accidentes, y la utilización de terapias no convencionales procedentes de otros modelos o sistemas sanitarios, como las medicinas tradicionales china o hindú, la homeopatía, etc.

Los defensores de la medicina integrativa insisten en que, si existen recursos eficaces, no hay justificación para no utilizarlos. En especial, parecen dirigir sus esfuerzos hacia patologías para las que no hay una respuesta definitiva en los recursos de la medicina hegemónica. Ello incluye multitud de trastornos, sobre todo los de evolución prolongada y de causas poco definidas, a menudo con componentes psicosomáticos importantes como, por ejemplo, algunas formas de cáncer terminales, la fibromialgia, la parálisis cerebral infantil, el síndrome pos-menstrual, por citar algunos.

7. La autoatención (de la legítima a la marginada)

La autoatención eficiente:

"La eficacia es la eficacia... deja los símbolos aparte."

T. Seppilli comentando a Foucault: La "eficacia simbólica" aplicada a la atención a los enfermos

"La medicina occidental basa su éxito en su eficacia, tanto diagnóstica como terapéutica. Para que la autoatención consiga una legitimación tendrá que ser eficaz."

E. Menéndez (21/05/2009). "La autoatención eficaz". En el discurso de la concesión del título de doctor *honoris causa* por la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona.

Los médicos se quejan constantemente de que, a los pacientes, les falta educación sanitaria. Incluso acostumbran a asociar educación con culturización. Pacientes médicamente educados y cultos deberían ser entonces los pacientes ideales. Pero no es así. Los médicos en general se resienten de que el paciente tenga y exhiba conocimientos biomédicos. Cuando esto sucede, argumentan que el paciente puede tener conocimientos, pero no "criterio", criterio clínico.

Médicos pacientes

Un lugar común es la reconocida dificultad para tratar a los médicos enfermos. Se dice que los médicos son "malos" pacientes: ¿serán los buenos los ignorantes?

Esta contradicción persiste en todo el discurso asistencial y, desde el desarrollo de las TIC (tecnologías de la información y comunicación) y especialmente de Internet, el discurso biomédico desaconseja la utilización de Internet como mecanismo o método de autoayuda, de autocuidado.

Resulta razonable que los profesionales se resistan a compartir conocimientos cuando no están reglados y que desconfíen de la libérrima aportación de conocimientos que puedan aparecer en la *red*.

El autocuidado es, por un lado, promovido desde la biomedicina para patologías crónicas y esencialmente físicas, orgánicas. Así se promueve la autoadministración de insulina en los diabéticos en la línea de que la mayor autonomía es una mejora de la calidad de la salud y de la vida.

En cambio, la automedicación es habitualmente denostada. Mucho más aún cuando se trata de la atención autónoma de los problemas de salud mental. La automedicación con psicofármacos es tildada habitual y simplemente de *toxicomanía*: eso es drogarse.

El empleo de psicofármacos de forma autónoma tiene dos posibles componentes: el lúdico, el consumo recreativo, y el terapéutico, ya sea inicial para el tratamiento de síntomas como la angustia o la depresión, o bien para el manejo de la propia adicción y sus complicaciones.

La crítica a la automedicación se enraíza en los peligros que comportan los efectos secundarios de los fármacos o las combinaciones de ellos y, muy especialmente, el riesgo de la adicción.

Sin embargo, el autocuidado, la autoatención a la salud es la forma natural, autónoma y común de la atención a los problemas, malestares o alifafes. Probablemente, hasta un 80% de las alteraciones claras y objetivas de la salud no se llevan al sistema asistencial sanitario, y ello a pesar de la cobertura universal y gratuita sanitaria del sistema español.

Mientrastanto, se prodigan las noticias de la falta de facultativos para la atención a la demanda de los enfermos. "Faltan médicos" es un *ritornelo* en los titulares de la prensa, especialmente los de la prensa profesional.

A la vez, los observadores perciben el gradual e inexorable crecimiento de la medicalización de nuestra sociedad, en general, de la sociedad occidental.

Cierto es que se ha producido un cambio notable de la realidad epidemiológica en los últimos 50 años, como se explicaba anteriormente. De la prevalencia de las enfermedades infecciosas bacterianas y algunas virales, hemos pasado a un espectro de enfermedades degenerativas, como la patología cardio y cerebro-vascular, el cáncer y las demencias relacionadas con la edad, además de las asociadas a la sobrealimentación y al sedentarismo: diabetes tipo II, hipertensión y, otra vez, la patología cardíaca y cerebro-vascular dependiente de la sobrealimentación. Todo ello mueve a la medicalización. Los métodos diagnósticos precisos y los recursos terapéuticos eficaces dan soporte a ese fenómeno.

El prestigio de la eficacia, en biomedicina, descansa en la existencia de la evidencia objetiva de tal eficacia. Y la evidencia científica a su vez descansa en la reproductibilidad: lo que se hace, lo que se propone en biomedicina "funciona", y funciona cada vez y en cada situación.

Si esta eficacia objetiva y objetivable, contrastable y reproducible, se puede obtener en el autocuidado, se acerca mucho al *desideratum* de la autonomía del individuo enfermo: "si usted está enfermo, cúrese usted mismo, y no sobrecargue el sistema asistencial".

Así, se vislumbra el futuro de una sociedad que, a fuer de medicalizada y además informada con fiabilidad, puede también cuidarse de forma **autónoma**.

Si encima fuese **solidaria** y con ello tendiese a la **felicidad**, completaría la tríada definitoria de la salud del X Congreso de Médicos y Biólogos, de que la salud es lo que permite "...una existencia autónoma, solidaria y feliz".

8. La farmacia

Las oficinas de farmacia constituyen un eslabón esencial en la atención, en el tratamiento, de las enfermedades y, por tanto, del sistema sanitario. Quizá no tanto del modelo, ya que su utilidad y utilización comprende más de un modelo asistencial, y sobre todo si se tiene en cuenta la enorme variedad de productos que se incluyen en una oficina de farmacia española, abastece cualquier propuesta terapéutica desde cualquier modelo conceptual.

En España, con la peculiaridad notable de que la mayor parte de los específicos están substancialmente financiados por el sistema asistencial público, la Seguridad Social, este eslabón asistencial se constituye a menudo como el destinatario final de una buena parte de la actividad clínica. Es decir, mucha gente va al médico exclusivamente a obtener una prescripción o receta oficial que le permita adquirir un producto terapéutico a bajo coste o incluso, si se trata de jubilados y pensionistas, completamente gratis.

El modelo asistencial público español no se puede entender sin tener en cuenta toda la fenomenología que rodea el uso de las farmacias.

Pero es que, además, las farmacias son el recurso único frente a muchos padeceres, cuando desde la oficina de farmacia y no siempre por el titular, se prescriben y eventualmente dispensan tratamientos completos. Esto se ha calificado como una parte de la autoatención, aunque desde aquí nos atrevemos a decir que no es exactamente lo mismo: una cosa es la *autoatención*, concepto amplio que se discute más adelante, y otra cosa es la *autoprescripción*, en la que un paciente decide sin otra intervención qué medicamento o remedio utilizar frente a un padecimiento concreto, sea éste conocido previamente y posiblemente con un tratamiento ya prescrito, o bien sea algo completamente nuevo de cuyo manejo se encarga soberana y unilateralmente el paciente o sus allegados.

Otra cosa diferente es el ejercicio terapéutico, en general profesionalmente informado, que ejerce el farmacéutico –o a veces, los auxiliares no titulados– frente a una demanda de remedio para cualquier malestar o enfermedad. Ello no es exactamente autoatención, puesto que interviene un profesional en la evaluación del problema, siquiera sucinta, y en la recomendación del tratamiento.

La práctica de la dispensación en España se limita en general simplemente a la entrega del producto solicitado o recetado. Pocas veces se acompaña, como no se solicite expresamente, de unas recomendaciones o consejos terapéuticos. Los específicos se dispensan habitualmente en sus envases originales que incluyen un prospecto explicativo que, por uso y recomendaciones del sistema

de vigilancia farmacoterapéutica, cada día son más, digamos, prolijos, extendiéndose en detalles múltiples y advertencias disuasorias de usos alternativos o no indicados, así como una largo listado de posibles efectos secundarios o complicaciones asociadas con el uso de cada específico.

Como quiera que, y tal como se señala más arriba, las farmacias españolas incluyen una enorme variedad de productos en su oferta, conviene señalar, por tanto, que no son sólo fármacos lo que se expende.

En las farmacias, se pueden adquirir productos auxiliares –lo que se ha llamado *parafarmacia*– que van desde compuestos quimicofarmacéuticos que no precisan prescripción médica, elementos de ortopedia, instrumentos de higiene como cepillos de dientes o bastoncillos para los oídos, preservativos, compresas femeninas, productos dietéticos diversos, cosméticos e instrumentos de belleza o higiene personal, tijeras de uñas, limas, bastones y muletas, calzado especial ortopédico, juguetes para bebés, etc. Y además, suelen disponer de instrumentos para la determinación de algunos parámetros biológicos como el peso o la tensión arterial.

En algunas farmacias, se realizan además algunos análisis clínicos biológicos y pruebas diagnósticas de forma variable.

Por la amplitud de la oferta, este autor no duda en calificar a las farmacias de *centros de salud*, desde el convencimiento de que si toda la actividad que se lleva a cabo tuviese ese reconocimiento oficial, muy probablemente la enorme frecuentación de los servicios médicos que sucede en este país se podría ver notablemente modificada y, naturalmente, racionalizada.

A todo lo antedicho cabe añadir, en el momento de la edición de este texto, invierno de 2013, que los poderes políticos han puesto en marcha una serie de medidas supuestamente reguladoras del consumo farmacéutico en el contexto de la crisis económica o recesión que atraviesa el país que, globalmente, se han calificado dentro del concepto de "copago sanitario". Se trata esencialmente de incrementar la aportación o, si se quiere y al revés, reducir la subvención de los fármacos que se dispensan dentro del sistema de la seguridad social española. En principio se han excluido de la lista de fármacos subvencionados toda una serie de productos cuyo uso no requiere prescripción y de uso para malestares o problemas comunes. Así los analgésicos, los antitusígenos, los antiácidos de contacto, las vitaminas y un buen número de productos de aplicación cutánea.

De forma temporal, y con un claro propósito recaudatorio, en alguna comunidad autónoma (Madrid, Cataluña) se ha introducido además una tasa de 1 euro por receta, aunque esta medida ha sido contestada en algunas instancias de la administración y sólo se ha aplicado durante algún tiempo.

Los efectos sobre la salud de estas medidas están todavía por dilucidar.

9. Medicina pública y medicina privada

En esta descripción del modelo hegemónico de atención a la salud que es el de la medicina occidental, creemos necesaria una reflexión sobre las relaciones económico-contractuales entre pacientes y médicos, aunque, en otros módulos de este curso, se tratan ampliamente los regímenes económicos y organizativos diferentes que existen.

La transacción médico-paciente ha sido, desde siempre, una prestación de servicio con contrapartidas. Los registros históricos de los médicos hipocráticos dejan claro que los médicos recibían emolumentos por su trabajo y también por impartir enseñanza. Lo que ha ido variando es que la remuneración se realizase por cada actuación o **acto médico** o bien que el médico trabajase bajo algún tipo de compromiso o contrato. Esta forma es la adoptada por los médicos al servicio de los poderosos, como los médicos de la corte, pero que luego se pudo ampliar cuando los médicos adquirían sus compromisos de servicio con otros poderes como la municipalidad o un gremio o grupo concreto de ciudadanos.

En el pasado siglo, se han desarrollado los sistemas de cobertura sanitaria de fórmula contractual en la que los poderes públicos se hacen cargo de contratar y pagar a los profesionales con fondos procedentes de los impuestos. Tal es el sistema de los países europeos y otros de regímenes socialistas como la China. En Europa, sin embargo, conviven con el sistema que es predominante en los Estados Unidos y la mayor parte de los demás países americanos de pago directo del paciente al profesional.

Existen modelos mixtos y variaciones, como es que, en los países donde predomina el modelo liberal, proliferan las organizaciones de seguro privado, las mutuas o HMO que ya hemos mencionado más arriba. Y que, en los países de oferta pública universal, coexiste la oferta privada, bien sea mediante seguros privados o de pago directo.

Esta cobertura complementaria se dirige a ciertas prestaciones que los sistemas estatales no cubren en su totalidad o lo hacen de forma insuficiente o hasta precaria. Esto es diferente según los países y detallar tales diferencias se escapa del propósito de este módulo.

Sí podemos comentar, a modo de ejemplo, las diferencias en Cataluña. En Cataluña, coexisten ambos sistemas, público y privado, de asistencia sanitaria. El sistema público es universal, es decir: para todo el mundo que resida en Cataluña, trabaje o no, pague o no impuestos; y gratuito en todas las prestaciones que se ofertan, que son amplias y anchas; es decir, sin límites a los procedimientos diagnósticos o terapéuticos ni al tiempo que se precisen. Además,

incluye la subvención de los medicamentos de forma generosa: un porcentaje mínimo para los medicamentos considerados esenciales y hasta un máximo del 50% en aquellos medicamentos no considerados prioritarios, para la población en general, y para las personas mayores, jubilados y pensionistas, subvencionados al 100%, gratis.

La cobertura no incluye la parte ortodóncica de la atención dental; es decir, no incluye las reposiciones ni el tratamiento amplio de los dentistas. Y de las ortesis ópticas, las gafas, sólo los cristales. Tampoco incluye la cirugía cosmética, aunque sí la cirugía plástica con justificación clínica.

Aunque la salud mental está cubierta, lo está en precario y no contempla los tratamientos psicodinámicos ni la psicoterapia realizada por psicólogos o el psicoanálisis más que de forma muy parcial.

La oferta privada no tiene más límites que los económicos. Y, en Cataluña, existen numerosos y prestigiosos centros asistenciales privados en los que prácticamente se puede atender todo tipo de patología.

En el momento actual, las primas de las compañías de seguro médico se mantienen dentro de lo que el poder adquisitivo de una buena parte de la población puede afrontar. Así, casi la mitad de la población catalana tiene una doble cobertura sanitaria: pública y a través de una mutua. Ello se justifica por algunas disfunciones de la oferta pública, como son las listas de espera y la calidad de las instalaciones de hostelería de algunos hospitales y, también, por las preferencias de los pacientes para algunas situaciones clínicas, como es, paradigmáticamente, la atención al embarazo. Las mujeres catalanas que se lo pueden permitir prefieren elegir su obstetra y el centro asistencial donde ir a parir. Más de la mitad de los partos en Cataluña tiene lugar en centros privados.

También suelen atenderse en centros privados los accidentes de trabajo que queden bajo la cobertura de los seguros laborales y los de tránsito, igualmente cubiertos por los seguros del automóvil.

Sin embargo, esto se acompaña de otra realidad: los centros sanitarios públicos están mucho mejor dotados de personal y tecnología para atender los casos más graves y complejos. Y son los que se encargan de esa atención: los cuidados intensivos, la cirugía de alta complejidad, la oncología, las unidades de recién nacidos y prematuros de nivel terciario, están en la sanidad pública.

Junto a esto, se produce el hecho de que una gran parte de los profesionales médicos que trabajan contratados en el sistema asistencial público trabajan además otras horas en el sistema privado.

De lo que antecede, puede deducirse que los pacientes complejos reciben su asistencia en los centros públicos por parte de profesionales que, a otras horas, ejercen privadamente en la atención de pacientes menos complejos, pero con una atención más personalizada.

También puede entenderse que el sistema privado de alguna forma parasita el sistema público por cuanto no tiene que afrontar los casos más dispendiosos, permitiéndose por ello ofrecer prestaciones en régimen mutual a unos costos razonables.

Por otro lado, también parece ser cierto que, si no existiese la oferta privada y el sistema público, manteniéndose las actuales circunstancias demográficas y epidemiológicas, tuviese que hacerse cargo de toda la demanda, no daría abasto ni en recursos personales ni estructurales.

Y los profesionales médicos aducen que los actuales emolumentos del sistema público les dejan muy por debajo de los de sus colegas en otros países del entorno próximo, por lo que se ven obligados a ampliar su horario laboral en otro ámbito para compensarlo. Ello es especialmente claro en el caso de las especialidades quirúrgicas como oftalmología, otorrinolaringología, cirugía maxilo-facial y la ya mencionada obstetricia.

Esta situación se mantiene en un cierto equilibrio con la anuencia de los poderes públicos y de los órganos de representación de los profesionales, colegio de médicos y sindicatos. Y la aparente aceptación por parte de la población.

Las consideraciones deontológicas y éticas no son aquí objeto de discusión. Pero, en cualquier caso, sostenemos que, a todos los efectos y desde el punto de vista antropológico también, que la práctica privada es, en esta situación, la verdadera medicina **alternativa a la medicina hegemónica**.

9.1. El modelo sanitario de los Estados Unidos

Los modelos sanitarios o de atención a la salud existentes en otros países pueden diferir más o menos pero sólo en los aspectos organizativos. En los países occidentales, para entendernos Europa, las Américas, Australia y Japón, los modelos de la atención sanitaria y de la práctica asistencial difieren más bien poco. Los sistemas de formación responden a postulados similares. Los conceptos, los conocimientos y las doctrinas derivan de la medicina asistencial desde los tiempos de Hipócrates, pero se consolidan alrededor de las conceptualizaciones de la medicina científica desarrollada en Europa y Norteamérica hacia finales del siglo XIX. Se basan en el desarrollo de las ciencias que tuvieron un gran impulso coincidiendo con el desarrollo de la revolución industrial. La física, la química, la biología y sus ramas más aplicadas como la física nuclear o la dinámica de fluidos, la química orgánica, la microbiología, la botánica o la misma matemática, facilitaron la ordenación de conocimientos aplicables tanto al diagnóstico por la imagen (rayos X) o el biológico (análisis) como al

tratamiento con nuevos remedios de la quimio-farmacología. A ello se suma además el desarrollo tecnológico de la electricidad, la mecánica y la ingeniería que permitieron inventos y dispositivos de aplicación a la medicina.

El traspaso de información y de conocimiento se ha hecho cada vez más rápido y los avances que se originaban en las universidades y grandes centros sanitarios alemanes, franceses y anglosajones, llegaban con rapidez a los profesionales de ambos continentes, algo que en los últimos años tiene ya un carácter de globalización instantánea.

La mejor evidencia de que los conocimientos y la práctica de la biomedicina occidental tiene ese carácter global está en la facilidad con que los profesionales, médicos y enfermeras, que emigran o se desplazan entre esos países, salvadas las diferencias idiomáticas, se adaptan en pocas semanas al ejercicio y la práctica asistencial. Cabe señalar, y en referencia a las posibles distancias idiomáticas, que la lengua inglesa se ha convertido en la lengua franca de transmisión del conocimiento médico, como hace unos siglos fue el latín.

Las estructuras operativas de la atención sanitaria en los modelos de asistencia en el mundo occidental se centran en los hospitales, denominados también *centros médicos*, por un lado, y una red de asistencia en la comunidad protagonizada por los profesionales en consultorios individuales o de grupos en lo que se conoce como atención *primaria, ambulatoria, comunitaria* o, por exclusión, *extrahospitalaria*, como ya hemos descrito bajo los epígrafes de las "bases", y su funcionamiento difiere poco entre los diferentes países. A ello se suman las estructuras dedicadas a la salud colectiva, sanidad o, también conocida como *salud pública*, referida a los aspectos preventivos y epidemiológicos de la salud.

Las diferencias más importantes se encuentran, sin embargo, en las fórmulas de gestión y, sobre todo, en la financiación de la asistencia. El acceso a la atención médica, sanitaria, difiere según el modelo de gestión. Unos esquemas asistenciales mantienen un cierto carácter jerárquico como se viene a expresar en la asistencia "primaria", en la comunidad, "secundaria" o la realizada por especialistas y "terciaria" la que se lleva a cabo en centros hospitalarios. Esa jerarquización promueve que el acceso a cada ámbito de atención precise un paso por el inferior y progresar de forma gradual dependiendo de la complejidad del problema de salud, siendo estos cambios una potestad de los profesionales.

En otros, aún manteniendo diferentes ámbitos de asistencia en función de la mencionada complejidad, la jerarquización y su gestión se diluye más, quedando más en manos de los pacientes las decisiones de acudir a uno u otro ámbito asistencial

El primero es más propio de sistemas de financiación público, mientras que el segundo de adapta mejor a los sistemas de financiación de carácter privado.

Precisamente la influencia del método de financiación es el mayor factor diferencial y un claro determinante social de la asistencia. La asistencia biomédica está sensiblemente homologada en los países occidentales pero, al ser la financiación diversa, la repercusión social es también diferente. Desde un punto de vista puramente médico hay muy pocas diferencias tanto en los recursos empleados como en los resultados médicos: el tratamiento de un cáncer de mama, la colocación de una prótesis de cadera, la atención a los recién nacidos prematuros o la prevención de la gripe, difieren muy poco de Canadá a Japón, de Suecia a Andalucía, de Buenos Aires a Varsovia, de Seattle a Atenas. Lo que es diferente es cómo se paga y, por ende, cuál es el acceso que tienen los ciudadanos a esa atención.

Aquí no vamos a hacer un estudio comparativo de modelos por países. Pero si que, por su proximidad en el tiempo, la actualidad, o el espacio, este país, nos aproximaremos a los modelos asistenciales de los Estados Unidos de América y Cataluña.

Obamacare. Con este nombre Gregory Wallace, periodista de la cadena televisiva CNN bautizó el programa legislativo de la atención a la salud del gobierno de los Estados Unidos.

Ha sido en estos últimos pocos años que el modelo asistencial norteamericano ha cobrado una actualidad notable. El país hegemónico en el mundo occidental y, desde muchos otros puntos de vista, del mundo entero, se ha visto envuelto en una importante controversia en lo que se refiere a la asistencia sanitaria que ha movido ríos de tinta o espacios televisivos, a la vez que notables movimientos políticos y económicos. Por su singularidad y por la influencia que los Estados Unidos ejercen en el conjunto de las naciones trataremos de explicarlo.

Como es conocido, el sistema asistencial norteamericano, con notables excelencias, es actualmente el más dispendioso del mundo, consumiendo hasta casi el 15% de su PIB, mientras deja sin cobertura sanitaria a más de 60 millones de ciudadanos condenados a que cualquier infortunio les cueste no sólo la salud sino también todos sus recursos económicos, propiedades o dinero. Y que de no disponer de éstos, simplemente les cueste la vida.

Semejante desproporción o injusticia, en el país con la economía más potente del mundo (aunque no el más rico, porque eso se mide de otra manera), sólo ha merecido una atención marginal por parte de los gobiernos del partido republicano, hasta ahora en el poder en la etapa Bush.

Además de ser un sistema sanitario injusto en su distribución, su administración es enormemente dispendiosa. Lo es tanto por el costo de su gestión que alcanza hasta un 35% del costo total en salud, como por la tremenda carga que representa para los profesionales. Los médicos se ven obligados a gastar

tiempo y dinero en ordenar y organizar sus datos para poder facturar a las todopoderosas organizaciones de administración (HMO, equivalente a las mutuas) que, a veces, no se hace merecedor del esfuerzo.

Barack Obama había prometido un cambio sustancial en la política sanitaria. Su programa recoge una buena parte de las propuestas que el matrimonio Clinton había diseñado durante el último mandato de Bill, y que formaban parte del programa de Hilary durante la larga campaña de las primarias del partido demócrata.

El programa incluye acciones para mejorar la calidad y disminuir los costes de la atención sanitaria mediante tecnología de la información, mejorar los cuidados preventivos e incrementar la atención a las enfermedades crónicas. Asimismo, se proponen nuevas regulaciones en la administración de farmacia para reducir los costes de la medicación, entre otras cosas permitiendo la adquisición de fármacos en el extranjero, donde suelen ser más baratos.

Mediante modificaciones en los impuestos, se ofrecen soluciones para que aquellos que, por sus ingresos no tienen acceso a la beneficencia del programa Medicaid, pero que tampoco tienen posibilidades económicas suficientes como para pagarse un seguro privado, puedan asegurar a sus hijos, por lo menos. De esta forma al menos todos los niños estadounidenses tendrán cobertura sanitaria estatal.

Además, se ofrecen recortes en los impuestos a las pequeñas y medianas empresas que ofrezcan planes de salud en los contratos de sus empleados, algo que, actualmente, solo hacen las grandes empresas y corporaciones.

Una mirada superficial puede dar la impresión de que todo esto son poco más que parches. De alguna forma sorprende que un gobierno tan poderoso no sea capaz de ofrecer salud pública a todos sus ciudadanos tal y como estamos acostumbrados a tener en Europa.

La razón está en que, realmente, el poder de la administración federal norteamericana, el de la presidencia, es mucho menor de lo que aparenta. Especialmente en aquellas materias que no esten ya reguladas. El ejecutivo sólo puede proponer leyes y sus modificaciones, que luego tienen que ser aprobadas por el poder legislativo (Congreso y Senado) que, aunque en ambos pueda existir una mayoría partidista favorable al ejecutivo, los representantes electos, congresistas y senadores, no tienen necesariamente que seguir las directrices del partido al que pertenecen de una forma tan uniforme como lo hacen los parlamentarios españoles o de algunos otros países democráticos.

Congresistas y senadores se deben al electorado de sus distritos y también a quienes financiaron sus campañas electorales, a menudo las propias HMO o las compañías farmacéuticas, cuyos intereses económicos pueden no coincidir con las iniciativas del futuro presidente.

Incluso la obviamente saludable intención de reducir los exagerados costes administrativos de la gestión sanitaria puede encontrar oposición, porque esa administración genera múltiples puestos de trabajo y otros intereses económicos. Esos trabajadores y esas empresas cuyo futuro pueda quedar comprometido, indudablemente valoran más ese futuro que los beneficios que a la salud de sus conciudadanos pueda aportar una reforma radical del sistema sanitario.

Esta iniciativa ha generado una dura batalla política que se ha prolongado durante una buena parte de la primera legislatura del presidente Obama con dificultades legislativas múltiples debidas a las diferencias en las mayorías de la dos cámara legislativas –Congreso y Senado– que han de aprobar las leyes.

El resultado ha sido la Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA⁴) (Ley de la Atención a la Salud asequible) que entró en funcionamiento en 2010, ratificada por el Tribunal Supremo, frente a las demandas presentadas contra ella, finalmente en junio de 2012, pero con una serie de cláusulas que se irán desarrollando hasta el año 2020.

⁽⁴⁾Un excelente resumen de la ley y sus detalles se encuentra en la página de la Wikipedia en inglés.

Con esto se amplía la cobertura sanitaria a segmentos de la población hasta ahora al descubierto y se espera reducir los costos generales de la sanidad en los Estados Unidos.

Lo que conviene entender es que el país más poderoso del mundo y *leader* de las economías capitalistas, finalmente ha accedido a incorporar un sistema de atención a la salud que amplía la cobertura sobre todo a la parte de la población que, hasta ahora, no se lo podía permitir. Y que esto ha sucedido después de que sistemas de protección social que incluyeran la atención a la salud, ya estaban en funcionamiento en países occidentales desde hace más de 70 años.

Las propuestas de la Organización Mundial de la Salud se limitan a considerar la salud como un derecho básico de las gentes. De cómo y en que medida este derecho debe ser protegido y promovido se deja a la decisión de cada país. Han sido los países occidentales los que desde hace décadas entendieron que el derecho a la salud era un pilar fundamental de las libertades y de lo que se ha dado en llamar el *estado del bienestar*. Pero si resulta que el acceso a una atención sanitaria suficiente se convierte en inalcanzable para amplios segmentos de la población por su coste, ese derecho a la salud se ve indefectiblemente conculcado.

Que los Estados Unidos finalmente accedan a organizar su sistema o modelo sanitario de manera que sea "asequible" para la inmensa mayoría de los ciudadanos, marca un camino definido de modelo para todos los países con una visión de lo que el estado de bienestar representa como elemento de la justicia social.

9.2. El modelo sanitario catalán

Integrado en lo que se ha definido como modelo asistencial biomédico hegemónico, el modelo sanitario catalán no es muy diferente de la forma como se practica la medicina en Occidente en general y en España en particular, en el resto de las comunidades autónomas. Sin embargo, y estando la sede de este curso de posgrado en Cataluña y aun entendiendo el carácter **universal** de nuestra universidad, hemos estimado oportuno incluir una breve referencia al llamado *modelo sanitario catalán* y sus peculiaridades, que lo son esencialmente en lo relativo a la gestión y administración de los recursos. Es un sistema asistencial universal y pagado a través de los impuestos, como ya se ha comentado. Pero el departamento de salud catalán insiste mucho en hablar de "modelo" y, en ese sentido, se ha explicado y hasta exportado a otras zonas geográficas.

Web

Para ampliar información sobre el sistema sanitario catalán, podéis consultar la web del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.

Página principal de CatSalut (Servicio Catalán de Salud)

CatSalut, o Servicio Catalán de Salud es el ente público que asegura la salud de la población de Cataluña. CatSalut es la forma abreviada.

El CatSalut es una pieza clave dentro del modelo sanitario catalán, ya que se encarga de garantizar la asistencia sanitaria integral y de calidad para toda la población. La organización, tanto en el ámbito de los servicios sanitarios como en el territorial, se concreta en las regiones sanitarias.

La información *online* permite conocer los presupuestos de la sanidad pública catalana.

Se incorporan formas diversas de gestión. En la web, se ofrece acceso a las empresas públicas y los consorcios en los que participa el CatSalut, y se explican sus objetivos y características principales.

Los mejores profesionales y los mejores servicios sanitarios constituyen el conjunto de los proveedores, que están siempre al servicio de los asegurados.

El sistema de salud de Cataluña integra y prioriza la salud pública (incluyendo la salud laboral y medioambiental), la atención sanitaria y los servicios sanitarios y sociales de atención a la dependencia. Se trata de un nuevo modelo adaptado a las necesidades de todos: ciudadanos, profesionales, gestores, políticos.

El modelo sanitario se concretó en 1990 en la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña (LOSC), que creaba el Servicio Catalán de Salud y consolidaba un sistema sanitario mixto, propio del país, con la extensión del modelo a todas las líneas de productos sanitarios y sociosanitarios.

Se trata de un modelo sanitario que integra en una sola red de uso público todos los recursos sanitarios, sean o no de titularidad pública, y que recoge una tradición de entidades (mutuas, fundaciones, consorcios, centros de la iglesia católica) históricamente dedicadas a la atención de la salud.

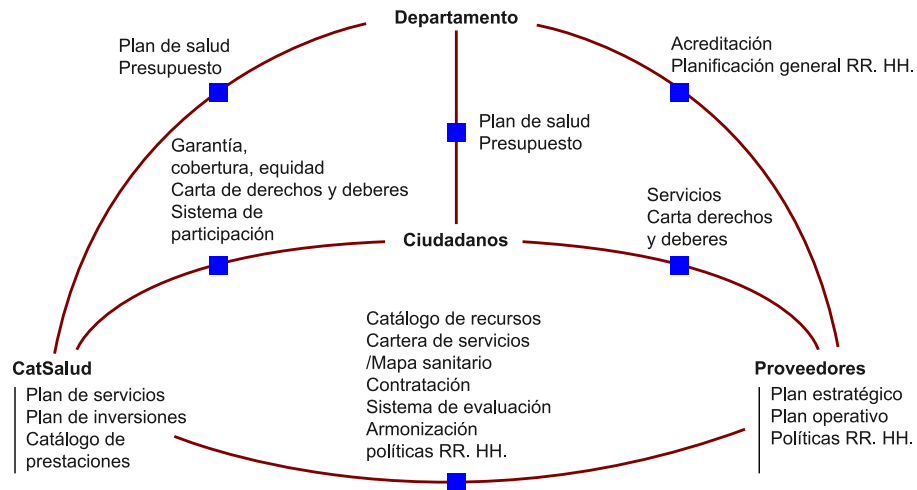
Este modelo de integración se inició con la red hospitalaria de utilización pública (XHUP). Desde la XHUP, el modelo se extendió a otras líneas (primaria, sociosanitaria, salud mental) y a otros servicios sanitarios (emergencias, transporte sanitario).

El Servicio Catalán de Salud (CatSalut) nació en enero de 1991 y se convirtió en el ente de planificación, financiación, evaluación y compras de los servicios sanitarios.

Actualmente, el CatSalut actúa como garante de las prestaciones sanitarias de cobertura pública y el Departamento de Salud recupera la función de planificación y evaluación, y promueve un proyecto de descentralización que permitirá incorporar a los ayuntamientos en el gobierno territorial de salud.

El CatSalut compra y evalúa los servicios sanitarios en función de las necesidades de la población desarrollando, por un lado, una gestión integral de la oferta y la demanda, y por el otro, la comunicación con la ciudadanía y su participación.

Agentes que intervienen en el modelo sanitario catalán



Algunas URL del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña

- Plan de salud para Cataluña 2011-2015.
- Modelo sanitario catalan: un modelo de excelencia.
- El modelo sanitario catalán: El sistema de salud.

Resumen

Los modelos sanitarios o de atención a la salud existentes no se pueden entender como sistemas independientes o estancos. Ni siquiera entra en cuestión su compatibilidad o, incluso, su posible competencia. Los esfuerzos definitorios a menudo se hacen en función de factores históricos, de sus orígenes, y quizá también en relación a su reconocimiento legal, especialmente a efectos de su financiación por parte de los poderes públicos.

La realidad es que todos ellos conviven en el universo de la salud y de la enfermedad, unos y otros toman detalles y beben de fuentes intercambiables y, sobre todo y en cualquier caso, en Occidente se construyen por su relación con el modelo biomédico hegemónico que, si alguna cosa es, es precisamente eso: hegemónico.

Extenderse en polemizar cualidades y defectos, a parte de ser a menudo un ejercicio ocioso, sólo debe hacerse en función de su eficacia.

Las consideraciones legales quedan al lado y las éticas y deontológicas se deben plantear ante los abusos o las patrañas y, en la medida de lo posible, evitando los prejuicios en cualquier sentido.

El lector y el profesional prudente deben mantener su mente abierta a todas las realidades y, en todo caso, intentar entenderlas en sus correspondientes contextos sociales y culturales, que es donde adquieren su sentido. Ese sentido común que, de todas maneras y como afirma Clifford Geertz, es también una construcción sociocultural.

Bibliografía

Allué, X. (1999). *Urgencias. Abierto de 0 a 24 horas. Factores socioculturales de la demanda de urgencias pediátricas*. Zaragoza: Mira Editores.

Allué, X. (2001). "La competencia cultural de los médicos". En: XV Congreso de la SVMFIC (pág. 243-253).

Allué, X. (2003). "La competencia cultural de los médicos de asistencia primaria". *Revista Valenciana de Medicina de Familia* (pág. 38-44). Peñíscola: XV Congreso de la Soc. Valenciana de MFyC.

Allué, X. (2009). "La suerte y el infortunio en la salud y en la enfermedad". *Agathos. Atención sociosanitaria y bienestar* (año, 9, núm. 4, pág. 4-8).

Cassasas, O. y otros (1990). *Diccionari enciclopèdic de Medicina*. Barcelona: Enciclopedia Catalana, ACMCB.

Comelles, J. M. y otros (1991). *L'hospital de Valls. Assaig sobre l'estructura i les transformacions de les institucions d'assistència*. Valls: Institut d'Estudis Vallencs.

Comelles, J. M.; Martínez, A. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*. Madrid: Eudema.

García Novo, E. (1989). "Introducción a los libros de epidemias". En: *Tratados hipocráticos, epidemias* (pág. 7-44). Madrid: Gredos.

Geertz, C. (1993). *Local knowledge*. Londres: Fontana Press.

Gracia, A. y otros (2009). "Craniosynostosis in the Middle Pleistocene human Cranium 14 from the Sima de los Huesos, Atapuerca Spain". En: *Proc. Natl. Acad. Sci* (vol. 106, núm. 16, pág. 6573-6578).

Hipócrates de Cos. II (1986). *Sobre los aires, las aguas y los lugares*. Madrid: Editorial Gredos (Biblioteca Clásica).

Hipócrates de Cos. III (1986). *Sobre la dieta*. Madrid: Editorial Gredos (Biblioteca Clásica).

Hipócrates de Cos. IV (1988). *Tratados ginecológicos*. Madrid: Editorial Gredos (Biblioteca Clásica).

Hipócrates de Cos. V (1989). *Epidemias*. Madrid: Editorial Gredos (Biblioteca Clásica).

Hipócrates de Cos. VI (1990). *Enfermedades*. Madrid: Editorial Gredos (Biblioteca Clásica).

Hipócrates de Cos. VII (1993). *Tratados*. Madrid: Editorial Gredos (Biblioteca Clásica).

Hipócrates de Cos (1983). *Tratados hipocráticos. I Juramento, ley, sobre la ciencia médica*. Madrid: Editorial Gredos (Biblioteca Clásica).

Hublin, J. J. (2009). "The prehistory of compassion". En: *Proc. Natl. Acad. Sci.* (núm. 106, pág. 6429-6430).

Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.

Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. Nueva York: Basic Books.

Laín Entralgo, P. (1970). *La medicina hipocrática*. Madrid: Alianza Editorial.

Lordkipanidze y otros (2005). "The earliest toothless hominid skull". En: *Nature* (núm. 434, pág. 717-718).

Mallart i Guimerà, L. (1983). *La dansa dels esperits. Itinerari iniciàtic d'un medecinaire africà*. Barcelona: La llar del llibre.

Menéndez, E. L. (1993). "Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde las perspectivas de la Antropología Médica". En: Mercado y otros (comps.). *Familia, salud y sociedad* (pág. 130-162). México: Universidad de Guadalajara.

Menéndez, E. L. (1978). "El modelo médico y la salud de los trabajadores". En: F. Basagliab y otros. *La salud de los trabajadores* (pág. 11-53). México: Nueva Imagen.

Nogier, P. (1977). *Introducción práctica a la auriculoterapia*. Mallorca: Fundación Kovacs.

Scheper-Hughes, N. (1992). *Death Without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: Universidad de California Press.

Scheper-Hughes, N. (1997). *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.

Zempléni, A. (1985). "La maladie et ses causes". En: *L'Ethnographie*, 96/97 (pág. 13-45).