



PARANINFO DIGITAL

MONOGRAFICOS DE INVESTIGACION EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO III – N. 7 – 2009

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n7/182d.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACION DIGITAL en la **IX Reunión Internacional de Investigación Cualitativa en Salud-IV Seminario Internacional sobre Cuidado Cultural en Salud**, celebrado en Granada, España, el 19 y 20 de noviembre de 2009. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Una aproximación a la cultura sanitaria de los residentes andaluces

Lourdes Biedma Velázquez; José Antonio Cerrillo Vidal; Rafael Serrano Del Rosal

Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA/CSIC)

Calle Camposanto de los Mártires nº7 Córdoba, España

Correo electrónico: jacerrillo@iesa.csic.es

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define así el concepto de salud: “se considera la salud, globalmente, como un estado de bienestar psicofísico y social en relación con múltiples ámbitos que abarcan lo puramente físico (entorno físico, vivienda, medio ambiente,...), social (seguridad e higiene en el trabajo, educación y asistencia sanitaria, equidad en la distribución de los recursos disponibles,...), hábitos de vida (alimentación adecuada, ejercicio físico, consumo de tabaco y alcohol,...), el estado de salud propiamente dicho (morbilidad, mortalidad, esperanza de vida), el sistema sanitario (recursos físicos y humanos, atención hospitalaria, seguridad social, investigación,...) y la salud percibida o autovaloración de la salud”¹. Una conceptualización multidimensional y compleja, en la que lo puramente biológico y los recursos del sistema sanitario son sólo dos de los muchos factores que intervienen en el estado de salud. Esto supone un paso adelante respecto a cómo ésta se ha venido concibiendo en las sociedades industriales. Principalmente por la fuerte influencia de la medicina científica, durante mucho tiempo la salud se ha pensado como un fenómeno netamente biológico que acontecía exclusivamente dentro del cuerpo. Se definía de modo *negativo*, como la *ausencia de enfermedad*. Por tanto, el objetivo prioritario de la sanidad era *curar*. Los médicos eran los únicos capacitados para gestionar la salud de las personas, en la medida en que su campo de conocimiento era el único capaz de explicar los complejos procesos que hacen enfermar y los únicos con competencia para aplicar el remedio adecuado que restaure la salud perdida.

Esta visión de la salud restrictivamente médica ha recibido numerosas críticas desde la década de los sesenta del pasado siglo². Razón por la cual actualmente se ha ido adoptando un concepto amplio y multicausal de la salud, como refleja la definición de la OMS. Algunos sistemas sanitarios, como el Sistema Sanitario Público Andalúz (SSPA), han evolucionado del mismo modo, cambiando por completo su filosofía, modelo organizativo y forma de actuar. Si el estado de salud no consiste sólo en curar la enfermedad o la lesión, sino que depende de otros muchos factores, generar un ambiente sano es tarea de la sociedad en su conjunto. En consecuencia, el sistema sanitario debe tener al ciudadano como su centro de gravedad. La prevención, la educación sanitaria y la creación de mecanismos de participación pasan a tener tanto peso como la curación, disponer de los últimos adelantos tecnológicos o de personal formado en las terapias más avanzadas.

Ahora bien, el cambio en el sistema no depende sólo de la voluntad de quienes lo impulsan. Para que sea efectivo debe calar en los ciudadanos, en los gestores y por supuesto en los profesionales sanitarios. Sin embargo, es de este último colectivo de quienes se puede esperar mayor resistencia, pues son los profesionales, y muy especialmente los facultativos, quienes anteriormente dirigían la política sanitaria. Verse desplazados de esa posición de privilegio supone perder estatus y capacidad de influencia en la sociedad. Resulta entonces probable que se muestren reacios a un cambio de esta naturaleza. Si esta situación se produce y la cultura sanitaria de los profesionales no se ajusta a la nueva filosofía del SSPA, entonces cabe afirmar que el cambio no se ha completado.

En el marco de un convenio con la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, el Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA-CSIC) realizó durante el año 2008 un amplio estudio acerca de la formación de los profesionales sanitarios en Andalucía, una de cuyas partes se centró en la formación residencial. De esta forma pudimos comprobar en qué medida y manera las perspectivas de los futuros profesionales sanitarios se ajustaban o entraban en conflicto con la política del SSPA.

2. Metodología

La metodología cualitativa fue escogida como la más apropiada para satisfacer los objetivos del estudio. La etapa dedicada a la formación residencial se fundamenta en los resultados de cuatro grupos de discusión con Internos Residentes de cuatro especialidades diferentes: médicos (MIR), enfermeras (EIR), farmacéuticos (FIR) y psicólogos internos residentes (PIR). Fueron contactados a través de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y se celebraron en Sevilla y Granada, aunque los participantes procedían de hospitales de todo el territorio andaluz. En cuanto al género, se procuró guardar un cierto equilibrio entre hombres y mujeres, no superando ninguno de los dos géneros las dos terceras partes de un grupo.

Dado que sólo se disponía de presupuesto para la realización de cuatro grupos, se decidió atender a dos criterios principales a la hora de diseñarlos. Primero, la *especialidad*, separando a los MIR (que son el colectivo mayoritario entre los residentes) de los EIR, FIR y PIR, procedentes de especialidades muy distintas pero que demostraron tener suficientes experiencias en común como para que los grupos funcionasen correctamente. Siguiendo este criterio, se decidió también no convocar a residentes de especialidades que apenas tienen presencia en el SSPA: los químicos (QIR), físicos (FIR), biólogos y bioquímicos (BIR) internos residentes.

El segundo criterio de diseño de los grupos fue el *momento de la formación*, distinguiendo entre los residentes que se encuentran a comienzos de su formación (R1 y R2) y aquellos que se encuentran en los años finales de la misma (R3 y R4). En la tabla 1 pueden consultarse más detalles sobre la composición de los grupos.

| GRUPO | DISEÑO | LUGAR | FECHA DE REALIZACIÓN | DURACIÓN APROXIMADA |
|-------|---|--|----------------------|---------------------|
| 1 | MIR a comienzos de su formación (R1 y R2) , procedentes de las provincias de Huelva, Sevilla, Córdoba y Cádiz | Fundación IAVANTE, Sevilla | 29 de enero de 2008 | 160 minutos |
| 2 | MIR a finales de su formación (R3 y R4), procedentes de las provincias de Granada, Málaga, Jaén y Almería | Delegación provincial de la Consejería de Salud, Granada | 31 de enero de 2008 | 90 minutos |

| | | | | |
|---|--|--|---------------------|-------------|
| 3 | Residentes no MIR (PIR, FIR, EIR) a comienzos de su formación (R1 y R2), procedentes de las provincias de Huelva, Sevilla, Córdoba y Cádiz | Delegación provincial de la Consejería de Salud, Granada | 31 de enero de 2008 | 150 minutos |
| 4 | Residentes no MIR (PIR, FIR, EIR) a finales de su formación (R3 y R4), procedentes de las provincias de Granada, Málaga, Jaén y Almería | Fundación IAVANTE, Sevilla | 29 de enero de 2008 | 95 minutos |

Tabla 2: Relación de los grupos de discusión de residentes

Los grupos se celebraron en buenas condiciones ambientales y de todos ellos existe tanto grabación en cinta magnetofónica como transcripciones en formato Word.

3. Resultados

A pesar de que acudieran desde todos los puntos de Andalucía y de centros con características muy distintas, los discursos de participantes en los grupos coincidieron en algunos puntos clave. Lógicamente, se produjeron diferencias que matizaban las posiciones de unos y otros. Los grupos de residentes a comienzos de su formación y los de MIR produjeron un discurso más próximo a concepciones sanitarias tradicionales. Esto nos indica dos cosas. Primera, que *en estas carreras no ha calado el modelo social de la sanidad*, ya que son los internos que más frescos tienen sus estudios universitarios quienes con más beligerancia defienden la visión clásica de la salud, aunque según avanzan en la residencia parecen ir asumiendo, siquiera parcialmente, la nueva filosofía del SSPA. Segunda, que *la medicina es el campo que más se resiste a adaptarse a las nuevas concepciones*, algo lógico teniendo en cuenta que son los facultativos quienes más poder y privilegio pierden con el cambio. Así pues, cabe afirmar a tenor de los resultados del estudio que la cultura sanitaria de los residentes, principalmente la de los MIR, permanece en buena medida anclada en las concepciones tradicionales. Esto puede observarse en cinco dimensiones principales:

1) *Hospitalocentrismo*: es decir, la tendencia de los residentes a considerar el hospital como el espacio central de la asistencia sanitaria, en torno al que giraría todo el sistema. La atención primaria se encontraría, en consecuencia, subordinada a la hospitalaria. Prácticamente todo el debate en los grupos tenía como referencia el hospital, apareciendo los centros de salud bien de forma complementaria o negativa, crítica. La

mayor parte de los participantes, por ejemplo, no veían utilidad alguna a rotar por la atención primaria, ya que no observan relación entre el tipo de asistencia que se realiza en primaria y sus futuras labores como especialistas, más allá de conocer básicamente como funciona este servicio. Más aún, los residentes que rotan por los centros de salud antes que por los hospitales están, a juicio de los participantes, peor formados que el resto de sus compañeros. En suma, las rotaciones por atención primaria deberían limitarse a los futuros médicos de familia, que son los únicos que van a aprender algo en ellas, siempre, eso sí, que hayan pasado previamente por el hospital. Para el resto supone sólo una pérdida innecesaria de tiempo y esfuerzo:

Mujer (M): Por primaria dos meses que a mi no me parece que eso sea útil... yo creo que con un mes sería suficiente.

M: Yo es que de otrorrino no se como está eso a ayudarme a mi especialidad, por ejemplo.

Grupo 1

Los MIR de especialidad médico de familia responden defendiendo la necesidad de que todos los residentes roten por los centros de salud, pero por razones sorprendentes: el centro de salud se considera un *paso previo* a la derivación a los hospitales. En ningún momento plantean que la atención primaria sea tan importante como la hospitalaria, la centralidad del hospital no se discute. La asistencia en los centros de salud se valora sólo en relación a la que se realiza en los hospitales. De hecho, son los propios médicos de familia quienes afirman que la suya *no es verdadera medicina*. Están de acuerdo con el resto de asistentes cuando éstos defienden que todo médico de familia debe pasar primero por el hospital, porque para tratar a un paciente un médico ha de tener la experiencia de la medicina interna y las urgencias hospitalarias:

Hombre (H): Pero que en general si que estaría bien pues antes de estar seis meses en un centro de salud... Yo creo que tú en una consulta diez minutos no la aprovechas hasta que tú ya has tenido la perspectiva esa de estar en un hospital previamente habiendo tenido mucho tiempo para ver a los enfermos, para pasear por aquí, hablar con uno, hablar con otro, ver de qué van las cosas.

Grupo 1

Así pues, los especialistas no encuentran utilidad en rotar por los centros de salud, pero para los médicos de familia sería imprescindible formarse en los hospitales, ya que es allí donde aprenden realmente a tratar a los pacientes. Es una perspectiva fuertemente relacionada con la descrita en los dos puntos siguientes.

2) *Especialismo*: La idea de que la medicina se encuentra en la cumbre de los saberes es muy fuerte entre el colectivo médico³, y sigue estando muy presente en las facultades, pero también en el SSPA. La sensación de superioridad que parecen tener los médicos respecto al resto de profesionales sanitarios se reproduce dentro del propio campo de la medicina. Se valoran más las especialidades cuanto más complejas, teóricas y concretas en su objeto (neurología, cardiología). Siguiendo esta lógica, las prácticas médicas más integrales (medicina de familia, interna, pediatría) serán las menos apreciadas.

Los MIR asistentes a los grupos de discusión demostraron tener fuertemente internalizada esta jerarquía de valores. De ahí la centralidad del hospital en su visión del SSPA, comentada en el punto anterior: es en el hospital y no en el centro de salud donde se formarán como especialistas. También se desprende de ello su malestar con las prácticas que les alejen de una formación focalizada en su especialidad:

M: Exactamente, también entiendo que un R3 de otorrino esté viendo un dolor torácico pues a lo mejor, no se, es un poco perder el tiempo para él como formación porque... Yo que sé, no veo que para su formación sea bueno.

Grupo 1

Por mucho que sean conscientes de necesitar también una concepción global del paciente, consideran una pérdida de tiempo y energía las actividades que les impidan centrarse en la formación como especialistas. “Estamos para formarnos como especialistas durante estos cuatro o cinco años de la especialidad” dice uno de los MIR asistente a los grupos, resumiendo las expectativas de la mayoría del colectivo respecto a la residencia. La formación más genérica que proporcionan las urgencias o la medicina interna pueden ser aceptables en los primeros estadios de la residencia, pero no como R3 o R4 y desde luego no cuando sean profesionales de pleno derecho. En ese sentido, toda práctica asistencial que implique que el especialista salga del margen de su campo es rechazada, e incluso les escandaliza. Hasta los propios médicos de familia llegan a tener complejo de ser peores médicos que sus compañeros:

H: (...) Los médicos de familia somos algo especial porque somos un poco mojoncillos dentro del hospital.

Grupo 2

El especialismo, en el sentido mostrado, es un rasgo propio de la cultura sanitaria de los MIR. El discurso del resto de residentes no pone tanto énfasis en la necesidad de una formación especializada. Los internos no médicos están reivindicando un espacio propio dentro del SSPA, que se tenga en cuenta su especificidad, algo que en su opinión no siempre se produce. Piensan que el SSPA sigue estando excesivamente orientado hacia los médicos, hasta el punto que en muchas ocasiones “residente” es sinónimo de MIR. Por su experiencia, las especialidades no médicas parecen reducirse a veces a la invisibilidad:

M: Entonces no, no nos tienen en cuenta a la hora de organizar cursos, a la hora de... por lo menos en nuestro hospital en mi caso no... ¡hasta en la bata poner MIR, vamos! No existe, no existe el FIR...

Grupo 3

Sin embargo, los internos no MIR asumen esta realidad con cierta filosofía. Incluso prefieren aprovechar la situación para enriquecer en lo posible su formación, lo que apunta a una actitud abierta y predispuesta hacia un aprendizaje amplio que contrasta vivamente con el énfasis de los médicos en la especialidad. Esto, insistimos, no significa que los residentes no MIR renuncien a encontrar su propio espacio en el SSPA. De hecho, el único punto del discurso de los internos no médicos que recuerda vagamente al especialismo de los MIR fue el énfasis con el que defienden su profesión, casi siempre contra lo que interpretan como pretensiones de los médicos por ejercer una posición de poder que éstos considerarían suya por derecho:

M: Sí, yo tengo una experiencia también muy parecida a la tuya porque como el contacto es tan íntimo y tan estrecho en paritorio y te tienes que poner de acuerdo con los residentes de primero para ver cómo hacer los partos, pues... Es complica la relación porque ellos se creen con todo el derecho de hacer los partos naturales. Que sí, que yo sé que tú tienes que aprender, pero que en mi futuro mi profesión será esa y la tuya no será hacer partos naturales, tu profesión será ver patologías del embarazo y otras cosas.

Grupo 3

En suma, los residentes no MIR han perdido el miedo a enfrentarse a los médicos, aunque en su perspectiva la especialización tenga una importancia mucho menor que en la de los MIR.

3) *Énfasis por curar lo grave*: Como consecuencia del hospitalocentrismo y el especialismo, los residentes (principalmente los MIR como se ha dicho) entienden que la prioridad del SSPA, y por tanto de su propio trabajo, es la *curación*. Lógicamente, si debe prevalecer la curación como criterio, el paciente con dolencias más graves es el que más atención requiere. Es por ello que muestran su descontento con los pacientes que acuden a las urgencias sin que, a su juicio, sus síntomas lo justifiquen. En su opinión esta conducta provocaría la saturación de un servicio que consideran debería reservarse para “lo realmente importante”:

H: Que el problema yo lo veo más en el volumen de cosas no graves que tiene que absorber el sistema y se colapsa, entonces cuando llega alguien grave o alguien con problemas urgentes de verdad hay una bolsa de cosas no importantes, no sé el ochenta por ciento de las patologías...

Grupo 2

Esta distinción entre “lo banal” y “lo grave” es central en la cultura profesional de los MIR, y demuestra que la formación de los médicos continúa anclada en las concepciones clásicas de la medicina científica. El modo en que los MIR relegaron a un segundo plano de importancia la atención a los problemas de salud cotidianos así parece indicarlo. No es de extrañar entonces que la atención primaria sea considerada como un ejercicio profesional menos importante, poco atractivo para un médico. En su opinión el centro de salud está para ver “chorradas”, cosas para las que no merece la pena emplear los recursos del hospital, que es el lugar dónde se practicaría la verdadera medicina, dónde se curan las patologías de gravedad.

Sin embargo, la realidad del SSPA no tiene porqué responder a las prioridades médicas. Los participantes afirmaron tener dificultades para tratar pacientes pluripatológicos, que en la práctica y según sus palabras, son la mayor parte. Manifestaron igualmente *no saber tratar problemas básicos*:

H: Me estoy dando cuenta de que sí, que la clínica que has podido aprender en el hospital sirve para enfocar un poco los problemas que no conozco, porque sí sé tratar una plaqueta hipertensiva pero no sé tratar cifras medio normales de tensión arterial, o sea hay problemas básicos que no sé tratarlos...

Grupo 2

Al estar su formación enfocada hacia la asistencia hospitalaria en general, y hacia las urgencias en particular, los MIR desarrollan sus habilidades y conocimientos principalmente sobre las dolencias graves. En cambio, se ven incapaces de tratar a los pacientes que presentan patologías comunes, aquellas que en realidad constituyen el grueso de la demanda del SSPA y que paradójicamente los mismos MIR llegan casi a despreciar.

4) *Negación de la capacidad de decisión a los pacientes*: Uno de los temas más debatidos en los grupos de nuevo sobre todo en los de MIR- fue el cambio en la cultura de los usuarios del SSPA. Los residentes atacaron ferozmente a sus pacientes, de quienes tienen una concepción extraordinariamente negativa. Ésta se muestra

principalmente en dos grandes críticas hacia la conducta de los usuarios. Ambas tienen en común *el rechazo hacia las nuevas concepciones societales de la salud*.

En primer lugar los MIR critican a los pacientes porque creen que *abusan de los recursos sanitarios*. Por ejemplo, al acudir a las urgencias hospitalarias con problemas que realmente no serían propios de las mismas por ser poco graves, como hemos visto, es decir, competencia de los centros de salud. Las urgencias hospitalarias se saturarían así innecesariamente, pues si los pacientes estuvieran “realmente enfermos” no esperarían el tiempo que habitualmente requiere ser atendido en dicho servicio:

M: Pero es que yo no estoy de acuerdo con eso de las horas. Es que un paciente que realmente está malo no va a esperar en la puerta de urgencias tres horas.

Grupo 1

Los usuarios abusarían, siempre en opinión de los internos, de todos los recursos del sistema. Desde lo más cotidiano (como pedir que les sean realizadas más pruebas de las que serían estrictamente necesarias para diagnosticar sus problemas de salud), hasta lo más anecdótico (como usar las ambulancias para hacer más cómodos sus desplazamientos a las instalaciones del SSPA). Y es que, a ojos de los asistentes, la ciudadanía no es consciente de lo que cuesta la sanidad pública, razón por la que se incurre en ese “despilfarro”. De ahí que algunos residentes propongan hacer pagar a los usuarios una cantidad, aunque fuese simbólica, de dinero. Así, argumentan, se evitaría que los usuarios acudiesen al SSPA por problemas que no fueran verdaderamente merecedores de recibir asistencia.

Otra gran crítica a la conducta de los usuarios debatida intensamente en los grupos atañe a *la relación de los profesionales con los pacientes*. Los internos se sienten maltratados, o al menos tratados con poca educación, e incluso comentan en varias ocasiones el aumento de agresiones al personal sanitario. En su opinión, una de las causas de esta situación reside en las desmesuradamente altas expectativas que se habrían depositado en el SSPA, de modo que cuando éstas no se cumplen el ciudadano se frustra y lo paga con el profesional, que es el rostro del sistema para el usuario:

M: Porque eres tú quien da la cara con el paciente, entonces él te pide a tí una explicación, y entonces tú como buenamente puedes intentas explicárselo y ellos no lo entienden y entonces eso da lugar a la ira, la crispación y a al intentar, pues eso, pues agredirte verbalmente o...

Grupo 2

Los internos creen que esta actitud agresiva de los pacientes está condicionando sus prácticas profesionales, empujándoles a lo que llaman “medicina defensiva”, es decir a realizar todas las pruebas que sean necesarias para evitar conflictos, incluso aquellas que demanda el usuario pero que el médico está seguro que no necesita. Curiosamente, es una perspectiva que comparten todos los internos, tanto los médicos como los no médicos.

En cualquier caso, el verdadero origen de ambos problemas está, en opinión de los residentes, en *la decisión del SSPA de empoderar a los pacientes*, el paso de considerarlos pacientes a usuarios. De ahí que no dejen de recurrir a la idea de los derechos de los pacientes cuando atacan sus comportamientos. Las dos críticas descritas tienen un punto en común: considerar que los ciudadanos no tienen criterio en temas sanitarios. El ciudadano medio es visto bien como un *completo desconocedor* de todo lo referente a la salud y el SSPA, bien como un *receptor pasivo*, que sólo reproduce lo que

otros le han dicho. En cualquiera de los dos casos se incapacita al usuario para tener voz en la gestión de la salud, aunque sea la propia.

Y si el ciudadano no tiene criterio, alguien debe tenerlo en su lugar. Obviamente, lo que proponen los residentes es que sean los profesionales quienes asuman esa responsabilidad, como se hacía antaño. Se reclama el derecho del profesional a planificar la asistencia que necesita cada paciente, gestionando los tiempos y recursos que requiera cada caso, siguiendo sólo su propia visión, la que proporcionan la experiencia y el conocimiento. Más aún, el profesional debe tener la prerrogativa de priorizar el orden de atención de los pacientes e incluso si merece realmente la pena o no utilizar ciertos recursos:

M: Y ahora le está dando otro, con ochenta y cinco años ¿Qué hacemos? Esa persona realmente, o sea, si tu lo piensas fríamente, ya por puro tema económico ¿se merece otro TAC? Porque, ¿qué van a salir? Múltiples infartos. Es que esa persona no se merece un TAC, pero es que no se lo merece porque es que no le va aportar nada a su calidad de vida, porque ya su calidad de vida está tan deteriorada que es que no hace falta un TAC nuevo.

Grupo 1

Así pues, los actuales residentes continúan manteniendo una posición conservadora en cuanto a la participación de los ciudadanos en el SSPA, y por tanto ante la idea del usuario como centro del sistema.

5) *Culpabilización de la política sanitaria*: Dado que los pacientes no tienen, en la perspectiva de los asistentes, capacidad para pensar el SSPA, alguien tiene que haber expandido la idea de que los pacientes tienen derechos: los políticos, los responsables del SSPA. En su opinión, la nueva concepción social de la salud responde, en última instancia, a la *búsqueda de votos*, en lugar de a criterios técnicos. Es decir, que se subordinaría el SSPA a la conquista o conservación de poder de unos pocos. La sanidad “vende”, y por eso los políticos la utilizarían en función de intereses que son ajenos al SSPA:

H: La salud es un derecho y que como un alto porcentaje de los presupuestos del estado se van ahí, pues puede ser un arma política. Entonces todo el mundo vende política, todo el mundo quiere conseguir votos a costa de mejorar la salud. Entonces empiezan las promesas y a vender cosas. Entonces al ciudadano desde hace mucho tiempo ya le tienen claro que a él en su cartera tiene un carné que le acredita para tener derecho a que le limpien los zapatos en la puerta de urgencias porque es que yo pago el sistema de salud.

Grupo 1

En general, piensan que este tipo de medidas son pura propaganda, publicidad para captar votos, pero que encubre injusticias y una mala organización real. Y sobre todo, tienen la seguridad de que estas políticas están alimentadas por objetivos poco honestos porque *se prometen cosas que no se pueden ofrecer realmente*:

H: Se les brinda la posibilidad de acudir por cualquier motivo a las urgencias, a acudir, a demandar una serie de prestaciones y servicios que se les promete, propaganda electoral o no, pero se les promete y la realidad es que no se le pueden dar, con tanta calidad y con tanta seguridad ni con...

Grupo 2

Así, los internos se sienten atrapados. A ojos de los pacientes representan a una institución que afirma disponer de unos servicios con unas calidades determinadas que no siempre son reales. Esto frustraría a los usuarios, los irritaría, pagando los trabajadores las consecuencias.

4. Conclusiones

Los cinco rasgos o dimensiones de la cultura sanitaria de los residentes examinados tienen un mínimo común denominador: chocan frontalmente contra la concepción compleja de la salud y la nueva filosofía del SSPA. Los residentes se mantienen fieles a las visiones clásicas de la salud y lo sanitario, especialmente en lo tocante al papel del profesional y el ciudadano en el SSPA. Esto no significa que sus discursos mientan o que no reflejen la realidad. El hospital no deja de ser un elemento clave dentro del SSPA. La formación de especialistas es desde luego necesaria. Es muy posible que la población no sea en ocasiones consciente del coste de ciertos recursos que, quizá, no necesiten tanto como piensan. Por supuesto, el paciente debe ser respetuoso y correcto en su trato con el profesional sanitario. En suma, no se trata de que al hacer afirmaciones como las expuestas los residentes no tengan su parte de razón. El problema es lo que *olvidan*. Olvidan que si un paciente demanda y es exigente es porque tiene derecho a serlo. Olvidan que los ciudadanos no son entes pasivos, sino sujetos activos y conscientes, más que capaces de tener voz propia en cuanto a lo sanitario en general y a su salud en particular⁴. Olvidan que en la atención primaria se realiza un servicio tanto o más importante que el que se procura en los hospitales. Olvidan todo ello y muchas otras cosas que bien ignoran, bien desprecian. Por ejemplo, que la salud también depende de la autopercepción de la misma o del medio ambiente natural y social, variables que no aparecieron en ningún momento en sus discursos. Es por no tener en cuenta otros puntos de vista que puede decirse que su visión es *parcial*, reductiva, incompleta. Se trata de una cultura sanitaria superada, pero que continúan defendiendo con firmeza.

Es muy posible que el factor que con más fuerza influya en la conservación de una cultura sanitaria tradicional en los futuros trabajadores del SSPA es la *pérdida de estatus*. Al situar al usuario en el centro del sistema, se desplaza del mismo al profesional, mas ningún colectivo cede poder voluntariamente y sin pelear por mantener su posición. De ahí la resistencia de los profesionales sanitarios a aceptar la nueva filosofía social del SSPA. De todos modos, no se puede olvidar que si los internos mantienen una cultura sanitaria conservadora es porque *en la universidad se les enseña*. Resulta comprensible su frustración, pues es lógico que les impacte encontrar en el SSPA una realidad diferente a la que pensaban, para la que no están preparados. No es menos cierto que la formación residencial tampoco está siendo suficientemente capaz de cambiar su mentalidad, o al menos de ampliarla. Quizá porque las personas encargadas de formarles comparten esa misma cultura, o porque no resulta sencillo cambiar una visión que han asimilado durante los muchos años de estudios universitarios. En cualquier caso, lo que parece cierto es que en las facultades, principalmente las de medicina, se mantiene la concepción clásica de la salud y lo sanitario, la cual continúa siendo transmitida a las nuevas generaciones de alumnos. Puede que esto se deba a que la universidad es el baluarte de la profesión, una institución completamente autónoma y a menudo celosa de la independencia de su campo de conocimiento. En consecuencia, es de esperar que sea allí donde se resista con más fuerza a aceptar una filosofía que, en última instancia, supone que la profesión pierda poder y privilegio. Sea como fuere, es un problema muy importante para el SSPA.

Notas

1: Biedma Velázquez, Lourdes; Navarro Ardoy, Luís; Serrano del Rosal, Rafael (2004). Condicionantes sociodemográficos del estado de salud percibido. Ponencia presentada al VIII Congreso Español de Sociología. Alicante, 23 al 25 de septiembre: 4.

Organización Mundial de la Salud (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos de la OMS (45° Edición). Disponible en <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf> [Consultado el 09.07.2009].

2: Dubos, René (1975). El Espejismo de la Salud: Utopías, Progreso y Cambio Biológico. México DF: FCE (ed. orig.1959).

Illich, Ivan (1978). Némesis Médica. México DF: Editorial Joaquín Mortiz, (ed. orig.1976).

Szasz, Thomas (1979). The Theology of Medicine. Oxford: Oxford University Press.

Waitzkin, Howard (1983). The Second Sickness: Contradictions of Capitalist Health. Nueva York: Free Press.

Waitzkin, Howard (1989). A Critical Theory of Medical Discourse: Ideology, Social Control, and the Processing of Social Context in Medical Encounters. Journal of Health and Social Behaviour, 30: 220-239.

3: Freidson, Eliot (1978). La Profesión Médica: Un Estudio de Sociología del Conocimiento Aplicado. Barcelona: Península (ed. orig.1970).

4: Castro Vásquez, María del Carmen (2006). De Pacientes a Exigentes. Un Estudio Sociológico sobre la Calidad de la Atención, Derechos y Ciudadanía en Salud. Sonora: Colegio de Sonora.

Serrano Del Rosal, Rafael; Biedma Velázquez, Lourdes (2005). El Usuario del Sistema Sanitario: Gestor de Calidad. Ponencia presentada al IX Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud. Granada, 14 al 16 de septiembre.