



# Los malestares de la vida cotidiana y la Atención Primaria. Demanda y necesidad.

**Autora: Elena Aguiló Pastrana**

Ponencia presentada en el Taller Internacional de Metodología ProCC.  
La Habana. Cuba. Noviembre de 2008.

# LOS MALESTARES DE LA VIDA COTIDIANA Y LA ATENCIÓN PRIMARIA. Demanda y necesidad.

## Posibilidades y limitaciones del abordaje ProCC en la consulta individual de AP.

Ponencia presentada en el Taller Internacional de Metodología ProCC.  
La Habana, 25 al 28 de noviembre de 2008.

**Autora: Elena Aguiló Pastrana.**  
Médica de Familia y Comunidad.  
C. S. "Párroco J. Morate". Madrid.  
Centro de Desarrollo de Salud  
Comunitaria "Marie Langer".

Lo que caracteriza la práctica médica, en una institución sanitaria pública de la AP de hoy, sometida a sus múltiples contradicciones, pero ejercida con una **mirada profesional ProCC**<sup>1</sup> es básicamente:

**Una diferente lectura de la demanda que presenta la persona que consulta, persiguiendo identificar su necesidad mediante los Indicadores Diagnósticos de Población (IDP)<sup>2</sup> que, junto con el acercamiento integral, constituyen un muy valioso instrumento profesional.**

Trataré de hacer una aproximación a las posibilidades y limitaciones de los aportes de la Metodología ProCC a la práctica asistencial (en consulta individual) del médico de familia, partiendo de una reflexión sobre los logros y dificultades de su aplicación a mi práctica profesional como médica de familia en un Centro de Salud de la Red pública de Atención Primaria en Madrid (España).

Para ello usaré como línea básica de reflexión **los conceptos de demanda y necesidad.**

Cuando una persona se decide a buscar ayuda médica sobre un padecimiento, expone al profesional quejas, síntomas o malestares que considera susceptibles de su acción profesional específica. Es la demanda o (en esta época signada por el consumo) "las demandas" que plantea.

Como la práctica demuestra una y otra vez, demanda y necesidad no son lo mismo. Entre la demanda y la necesidad no existe una identidad ni una relación lineal: hay demandas que son atendidas y aparecen otros síntomas, otras demandas encadenadas, o no eran esos síntomas sino otros lo que

---

1 Metodología de los Procesos Correctores Comunitarios. Metodología de intervención comunitaria que trabaja específicamente con los malestares de la vida cotidiana y opera con el concepto de la "Normalidad supuesta Salud".

Son todos aquellos que la gente sufre, y habitualmente no analiza ni cuestiona porque los considera normales. No generan demanda explícita, pero se cobran altos precios en salud y bienestar de la población. Tienden a perpetuarse por más que sean insatisfactorios. Transitan y saturan las consultas, contribuyendo al fenómeno de la hiperfrecuentación.

<sup>2</sup> Indicadores Diagnósticos de Población que, en la Metodología de intervención comunitaria ProCC, sistematizan los malestares cotidianos de la "Normalidad Supuesta Salud".

preocupaban. Hay demandas y tratamientos, a menudo excesivos, sin mejora de la percepción de salud o bienestar. Hay demandas enmascaradas detrás de otras demandas. Hay necesidades difíciles de establecer. Hay necesidades sin una demanda explícita...

Entiendo que en los lugares en que apenas los servicios sanitarios atienden una parte mínima de las necesidades de salud de su población, estos comentarios resulten chocantes... Lugares donde la falta de acceso a los servicios, la exclusión, la desigualdad, la escasez de recursos y las enfermedades evitables forman el panorama cotidiano; entiendo que resulte extraña la descripción de la realidad de países como el nuestro, donde la salud y la enfermedad son, cada vez más, oportunidades de negocio y consumo, regidas por la oferta y la demanda y el interés individual, presentadas como el ideal y generadoras de múltiples frustraciones e injusticias que, sin embargo, quedan invisibilizadas o disociadas de sus causas.

A menudo, el profesional sanitario, los/as médicos/as de familia –en espacios de reflexión– identifican como situaciones estresantes, y generadoras de malestar profesional, las demandas de los/as pacientes que no corresponden a una necesidad que puedan establecer y atender con sus recursos profesionales habituales.

Ejemplos, algunas frases:

*“¿Pero dónde querrán que les mande ya?”*

*“¿Para esto he estudiado yo medicina?”*

*“¿Y a mí qué me cuenta?, ¿Y eso por qué me lo cuenta a mí?”*

*“A mí que me den una buena neumonía, que eso se lo resuelvo yo enseguida. De lo demás...”*

*“Que no me cuenten problemas...”*

Tener como profesionales una mirada integral que cuente con elementos de análisis provenientes de saberes “no médicos”, elementos que nos son recortados en dicotomías parceladas, pero que son necesarios para la comprensión de las personas, de los sujetos en sus condiciones concretas de existencia, nos proporciona una lectura más lúcida de la realidad y evita desgastes innecesarios.

Conceptos como duelo, narcisismo, autonomía, subjetividad, capacidad de espera y tantos otros,...son aportes imprescindibles para trabajar en contacto con seres humanos ¿Cómo no nos va a ser útil a los/as médicos/as conocer el ABC de lo psíquico, lo social y lo grupal? No me refiero a un conocimiento académico, sino a poseer algunos criterios orientadores, un conocimiento básico y suficiente para leer mejor los conflictos y malestares de la vida cotidiana, con los que, querámoslo o no, trabajamos cada día, pues nuestros/as pacientes (y también nosotros) los portamos a diario. No se trata de cargar con más trabajo, nuevas tareas, ni “hacer de psicólogos o asistentes sociales”. Se trata de comprender mejor lo que ya estamos recibiendo y atendiendo en nuestras consultas, realizar nuestro trabajo con menos desgaste, más eficacia y satisfacción.

Es muy importante tener algún criterio acerca de los roles masculino y femenino y de las relaciones entre ellos, de cuestiones básicas del grupo familiar, de pautas de crianza saludables o distorsionadas, de las relaciones entre lo social y lo individual...; y todo ello no en abstracto, sino aquí y ahora, en la sociedad y el momento histórico que nos ha tocado vivir.

Para ello, desde la Metodología ProCC, contamos con la potencia del concepto de Normalidad Supuesta Salud y con los IDP que -como una nueva "epidemiología" del campo de los malestares cotidianos- nos resulta muy útil también a los/as profesionales sanitarios.

Esto, que es bien conocido por todos/as los/as profesionales con "formación ProCC"; cuando se trata de un profesional sanitario que lo aplica a su práctica, también permite una serie de logros y posibilidades que quiero de algún modo sintetizar:

**Básicamente abrir y mantener, en la relación continuada con la población atendida, algunas modificaciones y cambios en el imaginario, especialmente respecto a los conceptos predominantes de salud/enfermedad y de autonomía del sujeto.**

Atiendo habitualmente consultas más largas por paciente que la mayoría de mis colegas. Algunas consultas ya las programamos con más tiempo de acuerdo a su contenido de mayor complejidad; y otras muchas (que se prolongan más tiempo del asignado<sup>3</sup> como promedio) hasta poder identificar consensuadamente la necesidad o la estrategia para encauzarla en cada caso.

A menudo, la necesidad (que se detecta en la mutua "ida y vuelta" que realizan profesional y paciente en los papeles de indagar y exponer) tiene que ver con malestares de la vida cotidiana más que con una enfermedad o malestar físico recortado. En los casos de enfermedad "bio" claramente identificada, a menudo se dan condicionantes y consecuencias psico-sociales que merecen consideración.

Los IDP y el conocimiento básico, hurtado a las profesiones "bio" por nuestra formación no integral y reforzadísimo por el reduccionismo técnico-biologicista actualmente imperante, suponen, aun así, en el escenario de la consulta individual y la relación médico-paciente, potentes herramientas para iluminar la problemática que los/as pacientes que nos consultan, nos están presentando.

Se trata de:

- Lograr un mayor grado de integralidad o poder corregir, en algún caso y en alguna medida, las dicotomías predominantes entre "mente/cuerpo" en la comprensión de la subjetividad, la vida cotidiana y, específicamente, la enfermedad y sus implicaciones cotidianas.

---

<sup>3</sup> Nótese las alusiones a los tiempos y los números de visitas, como parte de las condiciones concretas de nuestra práctica en la AP española, con sus logros, excesos y carencias. En nuestro caso, hipertrofia de consultas, a demanda, con escaso tiempo de consultas y exceso de protagonismo de fármacos y tecnología; escasa satisfacción y sensación de eficacia profesional por parte de los/as profesionales médicos y aumento sostenido del nº de consultas por habitante y año en todos los territorios del Estado.

- No perpetuar la identificación de los malestares de la NSS (Normalidad Supuesta Salud) como patología, sino relacionarlos con el modo de vida.
- Reducir la invisibilización de las contradicciones sociales y corregir la percepción dicotómica individuo/sociedad. Presentar como natural la repercusión de las estructuras sociales y el modo de vida en el grado de bienestar o malestar subjetivamente percibido. Una lectura más lúcida de las causas y sus efectos en algunos casos puede reducir la sensación de indefensión y vulnerabilidad y mejorar la autonomía. Una persona que envejece puede enfocar su situación con el necesario duelo y su cortejo de sentimientos, pero elaborando, poniendo sus recursos (todos ellos, los sanitarios, y farmacológicos, los familiares, los personales, económicos...) en la adaptación a la realidad.
- En otros casos, la lectura lúcida implica presentar con claridad las contradicciones sociales (individualismo, soledad, explotación de trabajadores inmigrantes...) que son la raíz del malestar presentado en consulta como un “problema individual” y, a menudo, como un trastorno psicopatológico. Des-patologizar y contextualizar en lo social esta problemática es la primera e imprescindible necesidad (necesario, aunque no suficiente) para mejorar su situación. Resulta llamativo, si no fuese dramático, el sufrimiento de personas que piensan, por ejemplo, estar “enfermas de los nervios” o padecer una depresión, ante el dolor de múltiples duelos y desarraigos que sufre como inmigrante económico en nuestros países enriquecidos, y el alivio que puede producirles una contextualización más razonable de su padecer.
- Con una comprensión algo menos dicotómica de los aspectos de salud-enfermedad, y la continuidad en el tiempo que caracteriza a las relaciones entre profesionales y población en la AP, se generan vínculos de apoyo sólidos entre profesional y pacientes.
- Así mismo, la consulta de AP se establece como un espacio de mayor facilidad para la identificación y discusión de problemáticas complejas (sociopsicobio). Y como consecuencia, pueden en ella iniciarse e identificarse estrategias más razonables para su abordaje.
- Con todo, la consulta individual, si la comparamos con la implementación de espacios grupales ProCC de intervención comunitaria, más raramente consigue ser el escenario que posibilite cambios respecto a los malestares de la NSS. La naturalización e invisibilización de estos malestares hace que, aunque puedan ser nombrados, identificados y sentidas sus consecuencias y costos en salud-bienestar, no se dan en el escenario de la consulta las circunstancias que permitan un necesario consenso grupal que dé fuerza al sujeto para enfrentar lo hegemónico hecho carne en nosotros/as mismos/as y nuestra historia. Sin lo grupal, sin implementar un espacio ProCC, generalmente el cambio no se opera. En la consulta individual es difícil lograr las condiciones para trabajar desde la subjetividad, los obstáculos que impiden el cambio: por

ejemplo, delegar o no hacer de más para una cuidadora educada en el rol de mujer imprescindible, que se agota y se queja, pero sin poder operativizar un lugar diferente.

- Aun con estas limitaciones, los aportes de la Metodología ProCC aplicados a la práctica de la AP nos permiten obtener indicios de grados comparativamente mayores de autonomía en la población atendida, que se ligan a una mayor sensación de eficacia profesional o, cuando menos, de limitación del desgaste: Esto se concreta en:
  - Un menor número de conflictos y desencuentros entre profesional y pacientes. Menos reclamaciones y solicitudes de cambio como resultado de conflictos. Mayor capacidad de espera y de confianza en la posibilidad de ser entendidos/as y eventualmente ayudados/as.
  - Un número relativamente menor de consultas por paciente, con una cierta contención de la demanda.
  - Menor número de pacientes percibidos como “de trato difícil” y mayor número de pacientes identificados como sujetos a problemática sociofamiliar identificada que en otras consultas.
  - Así como diferencias en la cualidad de las demandas que se reciben, menos enmascaradas y confusas, más limpias y ajustadas a la necesidad, a medida que se van dando, en las relaciones médico-paciente, una trayectoria personal sólida.
  - Y también la recepción de las verbalizaciones por parte de los/as pacientes de utilidad o agradecimiento de los elementos de análisis recibidos, su utilidad para desbloquear o dilucidar situaciones vitales de malestar en que se veían atrapados/as (y que acrecientan habitualmente la demanda de servicios y atención médica).

No disponemos de un estudio investigativo diseñado al efecto para avalar la certeza de estas apreciaciones. Más bien, la certeza de atender necesidades previamente no atendidas, como la de poner nombre a cuestiones ocultas y naturalizadas de la NSS, me hace compartir estas reflexiones sobre un hacer diferente.

Estas diferencias en los resultados de consulta, pequeñas, pero significativas, se deben a la capacidad de leer contradicciones y poder hacer un planteamiento más lúcido de las mismas. Me parece importante señalarlo puesto que desde el imaginario social hegemónico, solo cabe imaginarlas como cualidades personales del/la profesional (o diferencias personales de los/as consultantes). Así, tras un aparente halago, se ocultan las posibilidades para la transformación social y la acción profesional queda al azar de los encuentros interpersonales. En cambio, la posibilidad del cambio es la base de nuestro proyecto; en el decir de B. Brown se trataría de:

*“...Sentar las bases de una praxis que ligue los contextos macro y microsociales, y transforme la realidad interna no menos que la externa...”*