

Sociología y conflictividad en la Atención Primaria de Salud

M.Sc. José Alfredo Villarreal-Valera

villa@fcm.b.grm.sld.cu

Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Efraín Benítez Popa"

Bayamo. Granma

Resumen

Este artículo es resultado de la investigación que desde la Sociología Cultural ha desarrollado el autor para su tesis doctoral relacionada con las prácticas culturales y médicas en la Atención Primaria de Salud, a partir de la observación de la diversidad social en la que esta tiene lugar, de su propia experiencia y del referente que le proporcionan los diferentes actores comunitarios, para lo que emplea entrevistas, encuestas y otros métodos y técnicas propias del trabajo sociológico. Aporta un análisis de algunas de las contradicciones sociales que median las prácticas médicas, específicamente las que tienen por base a las prácticas culturales, con el propósito de contribuir a una mejor interpretación, reconstrucción y aplicación del conjunto de prácticas de tipo cultural existentes en la comunidad. Arriba a la conclusión de que las prácticas culturales y las prácticas médicas constituyen dos polos conflictuales en la APS.

Palabras clave: sociología cultural, conflictividad, atención primaria de salud, prácticas médicas, prácticas culturales.

Abstract

This article is based on the results of a research paper carried out by the author for his doctoral thesis on Cultural Sociology. Social diversity was observed in the context where medical and cultural practices in Primary Health Care are carried out. The author's experience and the referents provided by some community actors were also taken into consideration. Interviews, questionnaires and other methods and techniques of sociological work were used. An analysis was done of some of the social contradictions that mediate medical practice, particularly those based on cultural practices, in

order to contribute to a better understanding, reconstruction and application of a set of cultural practices in the community. It was concluded that cultural and medical practices conflict in Primary Health Care.

Key words: cultural sociology, conflict, primary health care, medical practices, cultural practices.

Introducción

El asunto que da título a este artículo se basa en un problema social fundamental que según arroja el diagnóstico y los estudios realizados está presente en las prácticas médicas que actualmente se desarrollan en varias de nuestras comunidades y consiste en el conflicto¹ entre las potencialidades e importancia teórico- práctica que tienen las prácticas culturales² en el desarrollo de las prácticas médicas³ y el pobre aprovechamiento que de ellas se hace por parte de los Médicos Generales Integrales (MGI) en la Atención Primaria de Salud (APS).

El texto recoge ideas esenciales para el análisis y comprensión del papel que le corresponde al componente cultural manifestado como prácticas culturales en la práctica de la medicina familiar o comunitaria, a partir de enfoques sociológicos asociados con la cultura y la prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud comunitaria.

¹ Fenómeno psicológico que se produce cuando el sujeto no puede decidir entre dos o más motivaciones o entre las acciones que serían necesarias para satisfacer una necesidad.

² Tipo específico de prácticas sociales y de significados, casi inabarcables en su totalidad o según las define Bourdieu, sistema de disposiciones fuertemente estructurada en las relaciones sociales. Acciones en busca de objetivos vitales, como la salud, en distintos tiempos y escenarios sociales, que incluyen cultura, hábitos, costumbres, creencias, conductas de salud.

³ Conjunto de conocimientos y dominios que posee el médico acerca de las Ciencias Médicas, de los métodos, las técnicas y los procedimientos para prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar a las personas. O sea, es el sistema de conocimientos, acciones y procedimientos que aplica el Médico General Integral durante la relación médico-individuo-paciente-familia-comunidad para garantizar el proceso de socialización de la salud.

La búsqueda de la verdad científica en la relación entre el componente cultural y las Ciencias Médicas es de importancia capital para comprender y explicar con profundidad el complejo entramado social que circunda al proceso salud-enfermedad a nivel de la APS.

En este trabajo partimos del análisis de algunas de las contradicciones sociales que median las prácticas médicas, específicamente las que tienen por base a las prácticas culturales, con el propósito de contribuir a una mejor interpretación, reconstrucción y aplicación del conjunto de prácticas de tipo cultural existentes en la comunidad⁴.

Además se proyecta un perfil del Médico General Integral desde la perspectiva de la Sociología Cultural que ayuda a ubicarlo como agente de cambio y factor esencial -junto al desarrollo científico tecnológico- en el logro de la excelencia en la Salud.

Desarrollo

En el análisis del contexto comunitario actual resulta muy importante tener en cuenta la presencia del componente cultural en los problemas de salud⁵, concretado en las prácticas culturales y su papel en las prácticas médicas que realiza el Médico General Integral (MGI) en la Atención Primaria de Salud (APS) como garante de la salud de la sociedad.

Sin embargo, los estudios de las prácticas médicas realizados por autores e investigadores cubanos y latinoamericanos a los que hemos tenido acceso, no han estado necesariamente asociados a las prácticas culturales, sino más bien distanciados de una perspectiva sociológico-cultural con enfoque sociosemiótico.

⁴ Es una categoría social que expresa un tipo de relaciones humanas, es por tanto, un lugar de convivencia, un espacio geográfico determinado donde los sujetos que la integran actúan e interactúan en función de alcanzar metas y propósitos comunes desarrollando un sentido de pertenencia. Como organismo social es un sistema que a su vez forma parte de un sistema mayor y que posee una determinada estructura que desempeña funciones de coordinación y cooperación para la gestión y el desarrollo de la comunidad.

⁵ La Sociología Cultural se ocupa de los procesos sociales de toda producción cultural, incluyendo los de tipo espiritual y de significación.

Lo anterior significa que en los estudios acerca del proceso salud-enfermedad⁶ no se ha profundizado suficientemente en la relación prácticas culturales-prácticas médicas, ni se ha hecho suficiente énfasis en argumentar el peso que tienen las primeras en los problemas de salud, en el cómo y por qué se relacionan los patrones culturales con la salud. Dichos factores aparecen enunciados en diversas publicaciones médicas como referentes de riesgo para la salud, pero carentes de una fundamentación teórico-metodológica que guíe la estrategia de la acción social del Médico General Integral.

Nuestro acercamiento sociológico al tema, así como la experiencia del trabajo docente que desarrollamos diariamente y de los expertos consultados, de los propios MGI y teniendo en consideración los posicionamientos críticos de un número significativo de pacientes y familiares, han aportado elementos que evidencian insuficiencias en las prácticas médicas en la APS, al desconocerse o no aprovecharse adecuadamente por el MGI las potencialidades de las prácticas culturales existentes y su impacto en la salud comunitaria. Estamos en presencia de una relación de conflictividad, lo que deviene en un problema social que limita la calidad de los servicios de salud en el nivel primario.

Es necesario desarrollar herramientas teóricas para reconceptualizar, cambiar prácticas y mejorar la calidad de los servicios de salud. Entonces alrededor del citado problema social cabe preguntarse ¿Qué está pasando en la práctica médica actual en la APS?

⁶ Asumimos la salud desde una mirada sociológica marxista como un concepto social que nos permite revelar las interioridades de la relación sociocultural equilibrada del individuo con el medio y los demás aspectos de la realidad objetiva, (incluyendo las relaciones económico-sociales de producción y especialmente las pautas culturales) lo que le permite el disfrute de la vida. La salud no es un estado alcanzable, una aptitud a lograr, sino un proceso para desarrollar desde el inicio mismo de la socialización del individuo, encaminado a enfatizar en su papel activo respecto a las instituciones sanitarias, destinado a contraer un compromiso enfocado al mantenimiento de patrones de conducta saludables, tanto en el plano individual como colectivo, garantizando la concientización de la necesidad de la autorresponsabilidad, junto a las acciones del sistema social por alcanzarla.

Una diversidad de causas objetivas y subjetivas han afectado en las últimas décadas la efectividad y con ello la imagen del MGI, del espacio mental que él representa, lo que se manifiesta con frecuencia en los estados de insatisfacción de una parte significativa de la población, a pesar de que nuestro sistema de salud cuenta con los recursos humanos, la tecnología y la infraestructura suficiente, por lo que es imprescindible llenar el vacío existente con nuevas prácticas más eficaces de aprovechamiento de esos recursos.

El problema social anteriormente expuesto tiene diversas implicaciones: éticas, culturales⁷, políticas, sociales y epistemológicas, las que se manifiestan de diferentes maneras:

·En el orden ético se expresa en la contradicción que en la práctica se observa por un lado, entre los niveles educacionales y culturales que población y médicos han ido alcanzando, el sistema de valores que supuestamente la sociedad ha ido formando en ellos, y por otro lado los modos conductuales no ajustados en algunos de ellos a las normas que en general para el comportamiento humano impone el orden social éticamente establecido.

·En lo cultural se aprecia en alguna medida un distanciamiento entre la cultura general y la cultura de salud que debe acompañar la actuación de las personas para preservar o restablecer la salud.

⁷Se refiere a las condiciones de vida y estado de salud de la población. De acuerdo con el profesor Raúl Rojas Soriano, el Proceso Salud Enfermedad (PSE) es una realidad concreta que se presenta en individuos y grupos con determinadas características socioeconómicas y culturales, producto de sus condiciones reales de trabajo y de vida. El PSE se encuentra, por tanto, vinculado a la forma en que los seres humanos producen y se reproducen. De acuerdo con lo anterior, las causas e implicaciones del PSE deben buscarse en última instancia en la estructura y organización de la sociedad, es decir, en el ámbito de lo social, aún cuando aquél se manifieste, en forma concreta, en seres humanos. El P/S/E no es algo fijo, único; está en permanente cambio y recibe múltiples influencias de otras instancias de la vida social. Si partimos del concepto de que la realidad está en constante cambio la conceptualización del PSE dependerá de las condiciones materiales del momento histórico que se vive, lo cual no significa que dicha conceptualización se encuentre encapsulada en la realidad presente; puede apoyarse en formulaciones expuestas en el pasado y enriquecerse con los hechos del presente para comprender mejor las formas de desenvolvimiento que adopte en el futuro el PSE.

·En lo político no pocas veces la práctica médica conlleva a contradicciones entre la política, estrategia y lineamientos de salud trazada estatalmente y el funcionamiento eficiente del sistema sanitario al nivel comunitario, lo que está mediado por una multiplicidad de factores objetivos y subjetivos.

·En lo social se generan en ocasiones estados de opinión desfavorables, no concordantes con los objetivos de dicho sistema.

·En lo epistemológico se manifiesta un vacío teórico en el conocimiento por parte de no pocos MGI y gran parte de la población del papel y lugar que desempeña la cultura en los problemas asociados al proceso salud-enfermedad humana

La contradicción que hemos descrito como fundamental tiene su origen en otros problemas que pudiéramos denominar interdependientes:

·Dentro de las causales subjetivas a que nos referimos anteriormente, existen barreras culturales y epistemológicas en la práctica de los MGI.

·Persiste un déficit en el proceso formativo de los recursos humanos en salud, el cual encierra a su vez una nueva contradicción. Forma parte del encargo social de la Universidad Médica la formación integral del MGI que requiere la sociedad cubana de estos tiempos, o sea, la formación científico-técnica humanística; con altos valores ideológicos, políticos, éticos y estéticos; profesionales revolucionarios, cultos, competentes, independientes y creadores, para que sean verdaderos garantes de la salud en cualquier lugar del mundo. Es responsabilidad de la Universidad formar al MGI como agente o gestor de cambio en la cultura de salud comunitaria, como promotor de salud; en fin, un trabajador social comunitario. Sin embargo, resulta contradictorio que los planes de estudio se caractericen por el hegemonismo de las Ciencias Biomédicas y adolezcan de la presencia de las Ciencias Sociológicas, Antropológicas, las Ciencias Sociales en general y disciplinas como la Epistemología y la Hermenéutica que aporten al egresado herramientas que le permitan desarrollar en las comunidades diagnósticos sociológicos como plataforma teórica en el establecimiento del diagnóstico médico; técnicas de participación, intervención comunitaria y trabajo grupal; metodología de la investigación científica aplicada a la esfera social; técnicas

para el diseño de proyectos de cambio; técnicas de comunicación social y discursivas durante la relación médico-paciente, entre otras.

La contradicción fundamental genera a su vez otros conflictos e insuficiencias más concretas en la práctica de la medicina familiar a nivel comunitario, entre ellas:

1) Tendencia creciente hacia la utilización de tecnologías cada vez más sofisticadas para la obtención de certeza diagnóstica que permita mejorar así la prognosis. La irrupción e interposición del aparataje entre el médico y el paciente ha contribuido a la deshumanización de la práctica médica, a privilegiar un modo de interacción impersonal. Además extremar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos aún aquellos de escasa efectividad ocasiona gastos excesivos al sistema de salud y somete al paciente a riesgos evitables.

2) La interconsulta del paciente con médicos especializados en ramas clínicas, provoca en los miembros de este equipo un sentimiento difuso respecto de la responsabilidad de cada uno en la toma de decisiones. Para el paciente esta sensación de ser revisado por cada especialista como una parte y no como un todo, genera incertidumbre, hastío y deseos de suspender esta relación múltiple que le impide reconocer a un médico como referente y a los subespecialistas reconocerse como responsables por dicho paciente.

3) Subsiste aún en algunos casos la creencia arraigada de que el modelo paternalista es el apropiado para la población que demanda los servicios asistenciales, considerando que los pacientes no poseen las aptitudes necesarias para participar en la toma de decisiones referidas a su salud.

4) Reduccionismo médico, basado en la concepción biologicista de la enfermedad. Generalmente una persona concurre a la consulta especializada sólo en aquellos casos en que considera que su salud está deteriorada, es decir que recurre al médico a los efectos de ser curado de una determinada dolencia, quedando fuera de este contrato la medicina preventiva.

5) El MGI no siempre valora ni trata correctamente al paciente en relación con lo formal, ni con lo esencial que es el cuadro interno de la enfermedad.

6) No siempre se toma en consideración el tipo de personalidad del paciente y las situaciones o características que presenta de acuerdo al grupo étéreo por el que transita, ni el nivel de susceptibilidad de éste ante el dolor, el sufrimiento, el cambio de vida, el temor a la muerte, etcétera.

7) En ocasiones, no se evalúa adecuadamente la posible reacción del paciente, su escala de valores, el nivel general de sus conocimientos y cultura, su posición social, la labor que realiza, sus condiciones de vida, hábitos, costumbres, relaciones sociales e interpersonales, y otros aspectos relacionados con las prácticas sociales y culturales del paciente.

8) Relacionada con todas las anteriores se observa en algunos MGI violación de los principios que establece el método científico en el que se sustentan las Ciencias Médicas: el método clínico, fundamentalmente en lo referido a sus dos momentos esenciales, el interrogatorio y el examen físico del paciente, en donde la relación médico-paciente alcanza su fase decisiva, siendo la práctica comunicativa la práctica cultural que debe predominar.

En este vital aspecto suelen ignorarse reglas como estas:

- Tener en cuenta el nivel intelectual de los interlocutores.
- Ser claro y preciso en las intervenciones.
- Cuidar el lenguaje técnico entre personas que no lo posean.
- Mirar de frente al interlocutor.
- Mostrar interés en lo que se nos expresa.
- Escuchar (no es posible escuchar si estamos hablando).
- No evaluar a quien está comunicando algo exclusivamente por su aspecto.
- Conocer y tener presente el sentido de la vida y la concepción del mundo que posee el paciente; su personalidad; nivel de susceptibilidad, disposición y conducta ante el dolor, el sufrimiento, el cambio de vida y temor a la muerte; su posible reacción; su escala de valores; el nivel general de sus conocimientos; su posición sociocultural y el tipo de labor que realiza, entre otros aspectos.

En la práctica médica actual se ha impuesto un modelo con predominio en la comunicación como proceso unidireccional médico-paciente, como acción de transmitir, como legitimación de dominación, sin advertir que comunicar a los efectos de esa relación es un proceso dialéctico bidireccional, interactivo, mutuo; es compartir. Transmitir y compartir se sitúan en polos opuestos en una posible acción de comunicar. Transmitir significa la admisión

Santiago(127)2012

de que el conocimiento que posee el médico puede pasarlo al paciente en términos de diagnósticos y tratamientos, mientras que compartir significa comunión, encuentro, participación, elaboración, construcción con el paciente del conocimiento.

Esta ambigüedad que deriva en conflictiva da lugar a dos modelos excluyentes en el plano teórico:

a) La comunicación como proceso vertical, unidireccional, que tiende al control, a la dominación.

b) La comunicación como proceso horizontal, bi o multidireccional, que es, por esencia, participativo e interaccional.

Es este último el modelo que se corresponde con la acción social del MGI en la APS, ya que le permite una relación comunicacional con los demás actores sociales que transita por el camino de la razón y la lógica postulada por Aristóteles.

Atendiendo a lo anteriormente expuesto, el MGI es un mediador cultural en el proceso múltiple de la comunicación con el paciente, los familiares y la comunidad.

9) Diferentes mediaciones culturales⁸ de tipo comunicacional, semiológicas, tecnológicas, situacionales, socioeconómicas,

⁸La sociedad es cultura. La sociedad es un hecho profundamente cultural. Todo lo que crea y produce un pueblo en una etapa históricamente determinada y que es transmitida de generación en generación. Conjunto de valores materiales y espirituales creados por la humanidad en su devenir histórico. Concepto multidimensional que está interrelacionada con todas las esferas de la vida social y que desarrolla en el hombre la capacidad de transformar el mundo, dinamizando la vida social. Se identifica con el conjunto de rasgos distintivos tanto materiales como espirituales de una sociedad determinada, dado en las artes, el modo de vida, valores, tradiciones, ciencias y derechos humanos. Es todo lo que el hombre crea y produce que va desde su pensamiento hasta su modo de actuar. Es un concepto abarcador que incluye el comportamiento general el hombre. De acuerdo con Stuart Hall La "cultura" no es una práctica; ni es simplemente la suma descriptiva de los "hábitos y costumbres" de las sociedades, como tiende a volverse en ciertos tipos de antropología. Está imbricada con todas las prácticas sociales, y es la suma de sus interrelaciones. Se resuelve así la cuestión de qué es lo estudiado, y cómo. La "cultura" viene a ser todos aquellos patrones de organización, aquellas formas características de la energía humana que pueden ser detectadas revelándose — "en inesperadas identidades y correspondencias", así como en «discontinuidades de tipo imprevisto» — en, o bajo, todas las prácticas sociales. Las estructuras de sentido relacionadas (sistema de símbolos, lenguaje, modelos de interpretación) de una sociedad.

familiares, institucionales y políticas inciden en la relación médico-paciente y en cambios del imaginario popular que se tenía del médico de la familia confrontado con el funcionamiento del sistema representado por los MGI.

Dicho de un modo más preciso, actualmente se mantiene en la representación y el imaginario social, así como en el discurso sociológico político, el concepto de médico de la familia, pero como figura social ha sufrido sesgos y cambios, que producen un nivel de conflictividad en la práctica y en las mentalidades sociales las cuales no abarcan tan solo a los pacientes, los familiares y los grupos que conforman la comunidad, sino también al grupo social conformado por los propios médicos.

Hoy se percibe un distanciamiento entre el rol social del MGI y el que sustentó al médico de la familia en la concepción fundacional. Dada esta realidad social cabe preguntarse ¿Qué práctica social condicionada por la forma centralizada de la política de salud está mediando en cierto estado de enajenación con respecto a la práctica médica actual del MGI? ¿Qué otros obstáculos y barreras objetivas y subjetivas están mediando? ¿Cómo median los adelantos de la tecnomedicina en las mentalidades y las prácticas presentes durante la relación médico-paciente-familia-comunidad? ¿Cómo media la motivación de los MGI en sus prácticas? He aquí algunas posibles respuestas:

·Escasean los médicos que viven en su consultorio y llevan una participación activa con su población en todo el proceso social de la misma, siendo más frecuente que el médico que vive el consultorio se dedica a otras actividades en el policlínico u otro nivel, y al consultorio médico de la familia asiste uno o unos médicos que sostienen la consulta.

·Con alguna regularidad, por falta de personal u otro motivo, la población de uno o más consultorios es atendida por un médico desde un consultorio cercano, lo que limita la capacidad de interactuar y accionar de ese médico y enfermera.

·En no pocas ocasiones el médico es afectado por cuestiones administrativas, políticas y personales, lo que provoca ausencias e impuntualidades al servicio del consultorio.

·Por diversas causas es casi una regularidad en el servicio de los MGI en la APS, la no realización de la labor de terreno que establecen los lineamientos entre sus funciones.

Santiago(127)2012

·Ausencia de una perspectiva discursiva centrada en los vínculos existentes entre comunicación y cultura que garantice un adecuado proceso de percepción, interpretación y comprensión de la multiplicidad simbólica que interviene durante las relaciones sociales que se establecen entre el MGI y los demás actores sociales.

·Deficiente competencia epistemológica, hermenéutica, comunicativa y cultural para elaborar y comprender los mensajes que median esa relación.

·El empleo en ocasiones desmesurado de la tecnomedicina, haciendo dejación por facilismo y mecanicismo del incalculable valor del Método Clínico, sin percibir que ella forma parte de una cultura, que no siempre es beneficiosa para el paciente, que esa forma de utilización degrada al médico pues pone en duda sus conocimientos y habilidades, crea desconfianza, limita la comunicación interpersonal y tiende a deshumanizar el proceso.

·Desconocimiento de prácticas culturales cotidianas y de los sentidos que dan los sujetos y grupos a sus prácticas sociales que implican valores, creencias, conflictos, desigualdades, resistencias, modos de vida, etcétera.

·En nuestras comunidades existen consultorios médicos que constituyen verdaderas "estructuras ausentes".

Discurso sociológico del asunto

Actualmente la salud se legitima como el bien máspreciado, condición indispensable para garantizar el proceso de producción y reproducción social, el desempeño de roles, la realización de la vida cotidiana, como elementos esenciales para lograr una adecuada calidad de vida.

De lo anterior se deriva la gran importancia que tiene en Cuba la medicina familiar. El médico de la familia es el médico del primer contacto de excelencia clínica y destreza para procedimientos manuales o de consultorio en la APS (cirugía menor o procedimientos invasivos), experto en la consulta externa, con atención continua, intradomiciliaria, comunitaria, hogar del adulto mayor, hospitalaria y de urgencias, además de los grupos poblacionales, con y sin factores de riesgo, con un amplio campo de acción (sin distinción de edades, sexos, sistemas orgánicos y enfermedades), capaz de ir del individuo, a la familia y la comunidad.

El médico de la familia es el agente integrador de las ciencias biológicas, de la conducta y sociales (Medicina Integral), además de los aspectos educativos, preventivos, curativos y de rehabilitación (Medicina Integrada), intercesor y abogado del paciente (Gerente de los recursos de salud), con amplio liderazgo, conocedor de la realidad nacional, del impacto de sus acciones y de sus limitaciones, interesado en comprender el contexto de los problemas y en buscar soluciones plausibles y costo-efectivas (Medicina Costo-Efectiva), capaz de resolver el 95% de los problemas (desde signos y síntomas aislados hasta las complejidades derivadas de múltiples padecimientos), experto en la relación médico-paciente-familia-comunidad, comprometido con la persona (comprende sus dolencias, emociones, esperanzas) (Medicina Humanística) con un alto nivel profesional, técnico, investigativo y académico permanentemente actualizado.

La APS forma parte integrante del sistema de salud cubano, del cual es la función central y principal núcleo, así como del desarrollo económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de las personas, la familia y la comunidad con el sistema de salud y lleva lo más cerca posible la Atención Médica a los lugares donde las personas viven y trabajan. Constituye el primer elemento de un proceso sociocultural permanente de asistencia sanitaria. Es el terreno de actuación y la estrategia fundamental del Médico General Integral.

La APS y la Medicina Familiar son ámbitos estrechamente relacionados y la APS es el terreno de actuación fundamental del Médico de Familia, mientras que la Medicina Familiar es la herramienta clave para el desarrollo pleno de la APS. Es decir, la APS es la estrategia y la Medicina Familiar la disciplina para realizarla. En nuestra mirada la definimos como estrategia y escenario fundamental para la realización de la acción social del MGI.

A pesar de la base social y los principios del Sistema de Salud cubano actual, en no pocos actores sociales que intervienen en este proceso persiste una visión individual y biologicista, por lo que se requiere de la identificación de aquellos componentes sociales (entiéndase culturales) sobre los cuales es posible actuar, así como del perfeccionamiento de la preparación de los profesionales de la salud, para cambiar patrones de comportamiento en las personas, los grupos y las comunidades.

Santiago(127)2012

En la actualidad la figura y el accionar del Médico General Integral como agente para el trabajo social comunitario, destinado a transformar la situación de salud de una institución tan decisiva en el desarrollo social como es la familia⁹, es considerado tan sólo desde la práctica profesional, sus procederes y actuaciones desde el punto de vista estricto de la práctica médica, en tanto que guardianes y promotores de la salud humana, como programa de salud, despersonalizado de sus cualidades humanistas. O sea, las acciones de salud alejadas de prácticas culturales que enriquezcan su labor.

Esto significa que la relación entre problemas de salud y condicionantes culturales, es utilizada sólo como elemento denominatorio en el análisis, sin detenerse en muchos casos, en su tratamiento teórico, sin contemplar la multilateralidad de la dimensión cultural, por lo que los problemas de salud sólo interesan como cuestiones medibles en indicadores y no como problemas sociales en toda su dimensión.

La dimensión cultural de las prácticas médicas en la APS desde la Sociología requiere del estudio de los signos, símbolos, significados, representaciones, mentalidades y mediaciones en la construcción del texto discursivo y las prácticas culturales del MGI, para una eficiente relación médico-individuo-familia-comunidad; a partir de las instituciones comunitarias de la salud como escenario principal y espacio social, mental y cultural.

⁹Es un elemento de la estructura social de la sociedad -su célula fundamental- que en su condición de comunidad social estable, desempeña un papel rector en la actividad vital de los hombres, a través de la organización en común de la vida de los cónyuges y sus descendientes, sobre la base de un sistema único de relaciones familiares cotidianas, en cuyo seno tiene lugar la producción de la vida ajena, mediante la procreación y el proceso inicial fundamental de la socialización del individuo. Es un grupo de personas entre los que median relaciones económicas y sociales, surgidas en una unión sexual duradera y de parentesco, en el seno de la cual se da la satisfacción a la propagación, desarrollo y conservación de la especie humana, se mantienen, educan y forman a los hijos y mediante una colaboración mutua, socialista, se comparte la vida y los intereses comunes de toda la sociedad. Según la OMS uno de los grupos fundamentales en el terreno de la salud.

El enfoque sociosemiótico de este asunto requiere del análisis de las concepciones mágico-religiosas, costumbres, conductas, hábitos, estilo de vida, calidad de vida, modo de vida, tradiciones, mediaciones, mentalidades, memoria común, percepciones, representaciones, significaciones e imaginario que sobre la salud y la atención médica tiene la población cubana actual, el grado de satisfacción con los servicios de salud, las características de la relación médico paciente en los marcos de la atención primaria, el impacto en la población de las campañas de Promoción y Educación de Salud, deseos, preferencias, expectativas, oportunidades, acceso en términos culturales, información y evaluación de los servicios, entre otros.

A su vez este enfoque sociológico supone el abordaje de la salud en su interrelación con las prácticas culturales y las prácticas médicas enmarcada en un proceso cultural diferencial en los distintos niveles de la organización social, partiendo de que el comportamiento humano está determinado por grupos y clases sociales y por la interacción hegemonía-poder-dominación-conflicto-capital y violencia simbólica que tiene lugar entre ellos, donde la responsabilidad máxima descansa en la comunidad misma, dotada de patrones culturales específicos, que es además el espacio donde interactúan lo biológico, lo social y lo cultural, donde existen los problemas de salud.

Conclusiones

El tema Sociología y Conflitividad en la APS tiene como contradicción fundamental la que existe entre las potencialidades e importancia teórico- práctica que tienen las prácticas culturales en el desarrollo de las prácticas médicas, (APS) lo que deviene en un problema social que conduce a la necesidad de desarrollar investigaciones que aporten herramientas teórica para reconceptualizar, cambiar prácticas y mejorar la calidad de los servicios de salud. El problema social anteriormente expuesto tiene diversas implicaciones: éticas, culturales, políticas, sociales y epistemológicas, las que se manifiestan de diferentes maneras.

Bibliografía

ALEXANDER, Jeffrey. *Las teorías sociológicas desde la segunda guerra mundial. Análisis multidimensional.* España, Editorial Gedisa. 1995

BASAIL RODRÍGUEZ Alain. *Sociedad cubana hoy.* Ensayos de Sociología Joven. Editorial Ciencias Sociales, La Habana, 2006.

BASAIL RODRÍGUEZ Alain y Daniel ÁLVAREZ DURÁN (Compiladores). *Sociología de la Cultura. Introducción ¿Por qué la sociología recurre a la cultura?* Tomo I La Habana Editorial Félix Varela,. 2004.

BOURDIEU, Pierre. *Una ciencia que incomoda.* En Sociología y cultura (págs. 79-94). México: Grijalbo, Conaculta. Entrevista de Pierre Thuillier, publicada en "La Recherche" en 1980. 2002.

COMELLES, Josep M. *Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales.* Jano 655, 71-83. (1985)

COMELLES, Josep M. *La utopía de la atención integral de salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria.* Revisiones en Salud Pública 3, 169-192. 1993

COLECTIVO DE AUTORES. *Introducción a la Medicina General Integral.* Selección de temas. Literatura básica. ECIMED. La Habana, 2004.

DÍAZ NOVAS, José; Bárbara GALLEGO MACHADO, y Maricel DURÁN CORTINA. *Caracterización del médico de familia.* 2005.

FLEITAS RUIZ, Reina. *Sociología y Política de Salud.* Selección de Lecturas (Compiladora) La Habana, Editorial Félix Varela, 2006.

HALL, Stuart. *Estudios culturales: Dos Paradigmas.* Revista Causas y Azares, No1, Traducción de Mirko Lauer. págs. 30 y 31. 1994

MARTÍN ZURRO A, JF CANO PÉREZ. *Compendio de Atención Primaria.* Harcourt; Madrid: 2000:1-5.

RAVENET RAMÍREZ, Mariana. *Experiencias y retos del análisis sociológico en salud.* En Revista cubana de Salud Pública, vol. 29, No.4, octubre-diciembre, 2003, págs. 323-327.

ROJO PÉREZ, Nereida y Rosario GARCÍA GONZÁLEZ. *Sociología y Salud. Reflexiones para la Acción.* Rev Cubana Salud Pública 2000; 24(2):91-100.

SELMAN-HOUSEIN ABDO, Eugenio. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. Editorial Científico-Técnica. La Habana, 2002.

WILLIAMS, Raymond. *Sociología de la Cultura*. Barcelona, Paidós, (1994)

WILLIAMS, Raymond. *Cultura*. Raymond Williams, Keywords, Fontana, Londres, 1976, . Traducido por Tomás Austin M. 1990, págs. 76 a 82