

LA INTERACCIÓN MÉDICO PACIENTE Y SUS PRODUCTOS

Alvaro Bernalte Benazet*, Pedro Nogueroles Alonso de la Sierra**, Jesús Dávila Guerrero**, María Mercedes Lupiani Jiménez***, María Teresa Miret García****, Manuel Costa Alonso**

**Antropólogo, Doctor en Medicina. Universidad de Cádiz (UCA)*

***Médico, Doctor en Medicina (UCA)*

****Lda. Humanidades, Doctora en Medicina (UCA)*

*****Antropóloga Social (Grupo PAI CTS-386)*



THE INTERACTION BETWEEN DOCTOR AND SICK PEOPLE AND YOUR PRODUCTS

SUMMARY

This research tries to approach the interaction between doctor and sick people, the speech of both actors and it's products, in an environment that is constituted by the Healthcare Center, the biocenosis that occupies it, trained by doctors, auxiliary, nurses, pediatricians, social worker of nursing and administrative officers, watchmen - drivers, and patients. This research is basically an ethnography of a Healthcare Center of Andalusia, where we have studied the interaction doctor - patient, all that surrounds that interaction, and the product called Primary Care Histories (PCH), giving a special attention to the speeches of doctor and patient; working with participant observation, interviews and the emptying and review of the PCH. Between the results, we must emphasize that the PCH lightly gat-

hers the speech of the patient and that the doctors do not follow the procedures of medical records production.

Key words: Interaction medical - sick; History of Primary care; speech of the patient.

A INTERAÇÃO MÉDICO PACIENTE E SEUS PRODUTOS

RESUMO

Este estudo objetiva discorrer sobre o fenômeno da relação médico paciente, no tocante ao discurso de ambos os atores e aos resultados dessa interação, considerando-se o entorno que está constituído pelo Centro de Saúde e a biocenose que o ocupa, formada por médicos, enfermeiros, pediatras, trabalhador social, auxiliares de enfermagem e pessoal administrativo, além de pessoal de limpeza, motoristas e pacientes. Este estudo é, basicamente, uma etnografia no Centro de Saúde da Comunidade Autônoma de Andalusia, local em que temos estudado a interação médico paciente, bem como o contorno dessa interação e o produto chamado História de Atenção Primária (HAP), prestando uma especial atenção aos discursos de médico e paciente; trabalhando com observação participante, entrevistas e esvaziamento e a revisão das HAP. Entre os resultados, devemos destacar que as HAP apenas recolheram o discurso do paciente e que os médicos não seguem os procedimentos de elaboração das histórias.

Palavras chave: Interação médico paciente; História de Atenção Primária; Discurso do Paciente

RESUMEN

Esta investigación pretende acercarse a la interacción médico/enfermo, al discurso de ambos actores y a los productos resultantes de la misma, en un entorno que está constituido por el Centro de Salud y la biocenosis que lo ocupa, formada por médicos, enfermeros, pediatras, trabajador social, auxiliares de enfermería y administrativos, celadores - conductores, y pacientes. Esta investigación es, básicamente, una etnografía en un Centro de Salud de la Comunidad Autónoma de Andalucía, donde hemos estudiado la interacción médico-paciente, todo aquello que rodea a la interacción, y el producto llamado Historia de Atención Primaria (HAP), prestando una especial atención a los discursos de médico y paciente; trabajando con observación participante, entrevistas y el vaciado y revisión de las HAP. Entre los resultados, debemos destacar que las HAP apenas recogen el discurso del paciente y que los médicos no siguen los procedimientos de elaboración de las historias.

Palabras clave: Interacción médico-enfermo; Historia de Atención Primaria; discurso del paciente.

INTRODUCCIÓN

Las consultas son un choque que supera lo comunicativo, que sucede entre dos actores, médico y paciente, produciéndose el encuentro entre dos “modelos explicativos”, es decir, entre las nociones que tienen acerca de un episodio de enfermedad tanto el médico como el enfermo y que involucra consideraciones acerca de la etiología, sintomatología, fisiopatología, curso y tratamiento (Martínez, 1984). En la Atención Primaria de Salud (APS), la continuidad de la atención establece dos momentos relacionales: el sincrónico o actual, y el diacrónico o memoria histórica de lo anteriormente sucedido en estas relaciones (Borrell, Cebriá, 1999). Para la existencia del choque comunicativo, deben hacerse presentes los discursos de ambos actores; y por lo tanto consideraríamos ésta relación como de persona a persona, tal como indica Laín (1964) defendiendo una posición

de igualdad que - curiosamente - el mismo niega, porque según expresa ésta igualdad bloquearía la acción del sanador (médico).

En la presente investigación, hemos establecido la presencia del discurso del paciente mediante la observación de la interacción, y por la revisión del producto documental que se crea en ella, la “historia clínica” (Martínez, 1984), entendiendo ésta “como un instrumento de información sanitaria, para registrar, organizar, almacenar, recuperar y transmitir la información generada, al contactar con el individuo que solicita atención...” (Rodríguez, Sagristá, y cols., 1986). El contexto en que hemos estudiado éstas interacciones es un Centro de APS (Martín, Cano, 1996) de la Comunidad Autónoma Andaluza, denominados genéricamente Centros de Salud (CS), resultado de las recomendaciones de la Conferencia de la OMS/FAO celebrada en Alma-Ata (URSS) en 1978, cambios que se concretaron en Andalucía bajo el epígrafe de “Reforma Sanitaria”. En estos CS, las interacciones o consultas, abordan, como diría De Heusch (1973), la enfermedad como una “experiencia de alienación (parcial o total), donde la muerte es la amenaza constante de todo orden humano” y donde “para responder a ella eficazmente, para transformar la desesperanza en esperanza, no dispone el hombre más que de la farmacopea y del lenguaje de los ritos.”, en ellas surge un producto social –tal como defienden Hammersley y Atkinson– llamado Historia de Atención Primaria (HAP).

La HAP es el resultado de un proceso evolutivo (Aragó; 1991) cuyos orígenes podíamos datar en el 420 (a.C.) con Hipócrates y la Escuela de Cos, ya que fue este quien originó el primer concepto de historia clínica, al describir con precisión naturalista lo que sus ojos podían observar (Comelles; Martínez; 1993), intentando relacionar la enfermedad descrita con el clima, la geografía y la astrología del momento. Como menciona Oliver Sacks, fue también Hipócrates el que introdujo el concepto histórico de enfermedad así “... la idea de que las enfermedades siguen un curso, desde sus primeros indicios a su clímax o crisis, y después a su desenlace fatal o feliz. Hipócrates introdujo así el historial clínico, una descripción o bosquejo de la historia natural de la enfermedad, que expresa con toda

precisión el viejo término de “patología”. Tales históricas son una forma de historia natural... pero nada nos cuentan del individuo y de su vida; nada transmiten de la persona y de la experiencia de la persona, mientras afronta su enfermedad y lucha por sobrevivir a ella” (Sacks, 1997: 13). Realizando un salto histórico, dejando atrás a Galeno, las Escuelas Bizantinas y Arábigas, los “Consilia” medievales y los “Observatio” renacentistas,...etc.; ya en el siglo XX, los hermanos Mayo (1907) al diseñar una historia clínica única por cada paciente en el Hospital Saint Mary’s, con la pretensión de dar continuidad a la asistencia, engendraron el embrión de la HAP, y como manifiestan Gené y otros (1999), y debido a su utilización se producían algunos problemas impensables hasta la fecha “En contrapartida precisaba de un archivo centralizado, lo que comportaba grandes inversiones en infraestructura y enlentecía el acceso a la información”. En la década de los veinte, comienza a aparecer un concepto en la literatura, “record linkage”, que singulariza el intento de dar un soporte físico, estandarizado y universal a toda la serie de acontecimientos clínico-biológicos que van ocurriendo en la vida de un individuo, como explican los autores antes mencionados “el énfasis en esta evolución lo pone Lawrence Weed en la década de los sesenta, propugnando un modelo de historia clínica orientada por problemas” (Ortega, 1995). Sobre las ideas de Weed, se ha articulado la estructura formal de las HAP, en base a cuatro aspectos: los datos básicos; la lista de problemas, el plan inicial; y las notas de evolución clínico-social, donde el seguimiento de los problemas se articula en base a cuatro apartados que responden a las siglas anglosajonas S.O.A.P., a saber: S abreviación de “SUBJECTIVE”, y que refiere a los datos aportados por el paciente; O remite a OBJECTIVE, es decir la impresión del profesional a través de la entrevista, la exploración “objetiva” y las pruebas complementarias; A, es la abreviatura de ASSESSMENT, y se relaciona con el pronóstico del problema o problemas valorados; en cuanto a la P de PLAN, es la sistematización de los planes diagnósticos, terapéuticos o de educación para la salud.

METODOLOGÍA

Hemos realizado el estudio desde nuestra perspectiva constructivista, nuestro método ha sido el



etnográfico, que se caracteriza por convivir en el ambiente (medio) de los “otros” a los que estudiamos, en este caso, durante dieciséis meses. Aunque dada nuestra posición no eliminamos técnicas cuantitativas por su categorización como tales, sino que realizamos la elección en base a sus posibilidades para ayudar a penetrar en la realidad objeto de estudio, tal como afirma Beltrán entre otros “... los métodos empíricos cuantitativo y cualitativo son, cada uno de ellos, necesarios en su esfera, in suo ordine, para dar razón de aspectos, componentes o planos específicos del objeto de conocimiento. No solo no se excluyen mutuamente, sino que se requieren y se complementan, tanto más cuanto el propósito de abarcar la totalidad del objeto sea más decidido.” (Beltrán; 1989). Como etnógrafos, dedicamos gran parte de nuestro tiempo a la observación participante en las consultas médicas y en el centro, entrevistamos individualmente a los médicos sobre la forma de historiar y el circuito de las HAP, también entrevistamos al personal que da información al usuario sobre quien historia y el circuito de las HAP y paralelamente realizamos un vaciado de las historias del centro.

Nuestros objetivos los podemos exponer así: uno, revisar los documentos resultantes de las interacciones, es decir las HAP, al objeto de comprobar si quedan reflejados el discurso del médico y el del paciente, y este de que manera, textual o “traducido”; dos, estudiar el conocimiento de los médicos, de la HAP y de su objetivo, así como su opinión de cuando la HAP debe cumplimentarse y como debe hacerse; tres, comprobar si los elementos básicos de la HAP son utilizados (cuando, cuanto y como); y cuarto, establecer si el producto

social llamado HAP, es una herramienta para mejorar la atención o se está convirtiendo en un fin en sí misma, debido a unos objetivos empresariales.

Las primeras consultas son aquellas en las que se produce una mayor tiempo de interacción médico - paciente, lo que determina una mayor posibilidad de que el médico refleje lo acontecido en la HAP; aunque en Andalucía, con carácter general, se crea en las consultas de “programas”. Más importante nos parece el hecho de que debido a la presión de los objetivos empresariales del Servicio Andaluz de Salud y por la minusvaloración del potencial de la HAP, se esté utilizando la presencia del cliente en la consulta, por cualquier demanda, para ir historiándolo mínima y secuencialmente.

La HAP está formada por los siguientes documentos: la Ficha piloto; la Carpeta familiar, que contiene a las Carpetas personales de un núcleo de convivencia y donde se registran los datos del entorno; la Carpeta personal, contiene los datos de una persona, y sus antecedentes personales y familiares; la Lista de problemas, que incluye una pequeña descripción de los problemas detectados; la Hoja de exploración, a modo de guía para la misma; y la Hoja de seguimiento de consultas, donde se reflejan los aspectos de la evolución de la relación terapéutica (SOAP).

Realizamos un vaciado de las historias del CS, para conocer ¿Qué impresos se utilizaban de los existentes? ¿Qué ítems se cumplimentaban y cuáles no? ¿Si se recogía el discurso del paciente? y ¿De qué forma? Sobre un universo existente de 7000 historias, dado su número, optamos por realizar la revisión de una muestra estadísticamente significativa de las mismas; para ello basándonos en la muestra utilizada en otro CS donde habíamos realizado el pre-test, calculamos el número de HAP necesarias para conseguir un nivel de confianza del 99,9% mediante el programa de muestras de Epi info, la cantidad obtenida fue de 276 HAP. Pero para evitar problemas, seleccionamos 350 historias, que debían cumplir dos requisitos: correcta apertura y pertenecer a un adulto (15 o más años). La selección la hicimos de forma aleatoria y sistemática, elegimos al azar un número inicial, mediante la tabla de números aleatorios, siendo el elegido el 0017, y sistemáticamente quedaron definidos el resto, cada 20 HAP, de ellas fueron eliminadas las historias que no cumplían los

criterios antes mencionados, quedando reducida la misma a 305 HAP válidas, lo cual superaba nuestra previsión de 276. A continuación aplicamos a la información de las HAP, un cuestionario de recogida de información ya utilizado en forma de pre-test en otro centro, con el fin de codificar la información para su uso como una base de datos del Programa Epi-Info. Una vez analizada “la forma de hacer las HAP” de los médicos en ese CS, estudiamos los aspectos funcionales y de contenido de la HAP, según la importancia que se establecía en el Manual de Normas para la utilización de la HAP de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Rodríguez, Sagristá,1986), para a continuación valorar las diferencias entre la forma de cumplimentar las historias realmente en el CS, y lo que sería el patrón de normalidad e importancia definido por el manual, cuyos elementos fundamentales eran las hojas de exploración y de problemas. Estas informaciones las triangularíamos con la obtenida de las entrevistas realizadas a los médicos. Observamos en el curso de los meses de estudio: el acceso, que se realiza mediante cita; el medio en que se realiza, que es el centro de salud; el escenario, que generalmente es la consulta de su médico de cabecera; y el tiempo que se le dedica.

RESULTADOS

Sobre los médicos: los médicos del centro de salud, tienen una media de edad de 45,2 años, y el grupo quinquenal de edad que más elementos contiene es el de 40 a 44 (moda), las mujeres representan el 77,7% del total, y los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) vía Médicos Internos y Residentes son sólo el 23,3%. De la estructura y contenidos de la HAP: descubrimos algunos tesoros auténticos de una especie rara de escritura, algo que parecía ser Siríaco; también, una desorganización interna en las HAP; y por último, el hecho de que pocas HAP tenían recogido el discurso del paciente (illness), que era lo que a nosotros nos interesaba. El promedio de antigüedad de las HAP era de 6,3 años, y pertenecían las tres cuartas partes a mujeres, y las restantes a varones; la “matriz normalizada” de la HAP, en el centro de salud, estaba caracterizada por la presencia de : la Ficha piloto (99%), la Carpeta familiar (99%), la Carpeta personal (94,1%), y la Hoja de seguimiento de consultas

(81,6%); y apenas era utilizada la Lista de problemas (5,9%), y la Hoja de exploración (19,4%), que en algunos casos esporádicos estaba siendo utilizada para concretar aspectos de los antecedentes; las Hojas de programa (2%), se realizaban sistemáticamente en dos de los mismos: Control de Embarazo y Planificación Familiar. El motivo de apertura de la HAP reflejaba que: un 64% se debía a dolencias agudas y por tanto a una necesidad, que en forma de paciente se instaló en una silla frente al facultativo, no a una decisión del mismo; un 33% eran provenientes de las necesidades fijadas por la Dirección de la empresa, y curiosamente sólo existían un 3% de programadas, donde el médico añadía un criterio más personal en la decisión de abrir la HAP. La aportación de la información en el 92,5% era exclusivamente el propio cliente; en el 2,3% solamente los familiares; en el 2,3% de las HAP participaban el cliente y algún familiar, y por último existían un 2,9% de las HAP, donde -a pesar de su total relectura- fuimos incapaces de establecer quien era el informante. En el 23% de las HAP se recogía el discurso del paciente, de este el 7,0 % era recogido textualmente, el 7,0 % “traducido” por el médico, y el 86% mixto (textual y traducido). De la elaboración de las historias: pudimos realizar siete de las nueve entrevistas previstas; en cuanto a la apertura de la HAP, todos los médicos entrevistados la realizaban en su consulta en horario de consulta programada, aunque cuatro de ellos también lo hacían en la consulta a demanda; la elección de las personas era una decisión personal del médico aunque forzada, a veces, por los objetivos empresariales. Así la población a historiar, eran las personas: susceptibles de entrar en un programa (11,1%); con patologías especiales o complejas (55,6%) o con problemas sociales (11,1%). El informante era el paciente, pero tres médicos manifestaban que a veces era el cuidador o familiar que le acompañaba, así en las patologías psiquiátricas, neoplasias, etc.; seis médicos reconocían que existían las diferencias en las historias por sexo, en algún ítem y en el color, sólo un médico - varón - no veía diferencias; las normas de cumplimentación solo un médico las desconocía; en cuanto a las normas de archivo, tres no contestaron, y de los otros cuatro: dos sí y dos no, ante nuestro asombro. De la observación de las consultas: la asistencia inicial a las consultas a

demanda y posteriormente a las primeras visitas, no fue baladí, consiguió que los pacientes nos vieran como un especialista más (residente) y que nos fuéramos adaptando a estar en la consulta. Del contexto empresarial: con respecto a los objetivos empresariales y las actuaciones organizativas de la empresa respecto a la filosofía y objetivos de la APS, hay que decir que en cuanto a las primeras visitas (rituales de tránsito), los objetivos empresariales no se corresponden con la posibilidad de realizar una interacción médico paciente de calidad, debido a la frecuencia de la citación (5'), amén de un 20 a 30% de pacientes que acuden sin cita. Sobre la informatización diremos que su objetivo principal no es la mejora de la consulta, sino prioritariamente el control del gasto.

De la praxis del grupo médico: observamos dos actitudes que eran los polos de un continuum, uno, que procede de la cultura empresarial del SAS, donde las primeras visitas suponen un gasto de recursos, y el otro, que mantienen, en general, las nuevas generaciones de médicos de Medicina familiar y Comunitaria, y es que la HAP es una herramienta y cuanto mejor se utiliza, mejor es la calidad de atención se puede dar a los pacientes. Los escenarios o despachos, en los que se desarrollaban las interacciones tenían las siguientes características: divididos todos ellos, a excepción de uno, por un biombo, en una zona de consulta y una zona de exploración; en la primera ocupaba un lugar privilegiado la mesa y encima de ella un ordenador, que ocupaba, al menos, un 30% de la superficie de la misma, y que sobresalía conformando una muralla entre médico y cliente (dos médicos habían tenido la precaución de que la unidad central (CPU) del microprocesador estuviera en una mesa auxiliar); la zona de exploración, era un espacio al que no se accedía por el simple hecho de estar en la consulta del médico, debía haber una invitación expresa del facultativo. En las interacciones se producía la reivindicación del “espacio personal”, que suele ser definido como aquel espacio en torno a la persona, donde la entrada de alguien dentro de cualquier punto del mismo, hace que la persona se considere víctima de una intrusión, y que puede provocar una respuesta de desagrado o retirada, curiosamente todos los médicos parecían estar legitimados para introducirse en el de sus clientes, sin que estos pudieran poner repa-

ros, como ejemplos de ello teníamos la intrusión que suponía dentro de la exploración, la palpación entre otras; ningún médico pide perdón por aquellas “pruebas” a las que se sometía al cliente, es decir, no se preguntaba “le importa que le explore, o que le golpeé el riñón, o en definitiva que me situé dentro de su territorio personal,...”, etc.; siempre que esa distancia era amenazada -por el cliente- se producía un cambio en el discurso del médico, que se volvía cortante y frío con el infractor, intentando “alejarse” al cliente; el saludo y también la despedida, eran dos claves para establecer las condiciones de acceso en la interacción: se iniciaba franqueando el cliente una puerta a la que accede después de ser autorizado o invitado a pasar por el cliente anterior, que a la vez que salía de la consulta ... conminaba a la voz de... “le toca a Pepito Pérez” o bien por el grito del médico... “el siguiente”, que surgía del interior del despacho. Los médicos no se levantaban nunca, no ofrecían la mano tampoco, pero ellos esperaban a que el paciente saludara, aunque no siempre le contestaban y algunas veces lo hicieran sin mirar a quien entraba; sistemáticamente por lo visto, el saludo parte del cliente que es quien rompe el hielo; la despedida o finalización del acceso, siempre era más formal por parte del médico, quizás por que tenía una finalidad para él, como podía ser el acortar los tiempos perdidos entre clientes, y en ese intento había que conminar o hacer uso del cliente “saliente”, para que llamara o voceara al siguiente cliente de la lista de visitas. La proporción del tiempo que hablaba el médico con respecto al tiempo que lo hacía el paciente, era de un 86 a un 24% respectivamente; en el discurso del médico el lenguaje utilizado, casi siempre, se movía entre lo coloquial (que podía incluir expresiones o términos populares) y un lenguaje más correcto; aunque encontramos algún médico que utilizaba un lenguaje bastante vulgar (con expresiones de dudosa corrección). El médico utilizaba los silencios para “distanciarse y controlar” la conversación, en estos casos forzaba al cliente a romper el hielo de nuevo, habitualmente en estas ocasiones se oían una serie de expresiones de éste tipo: “pues ya ve...”, “ya me parecía a mi ...”, etc., utilizados a modo de “recursos seguros”; los cuales eran muy utilizados cuando el informante era adulto e iba acompañado,

sobre todo los hombres y mujeres mayores de 65 años, que ante preguntas sobre el estilo de vida recomendado por el médico (alimentación, ejercicio físico,...) y pillados en “falta”, arremetían contra el acompañante con expresiones como... “ya te decía yo”, le “tengo dicho que me ponga verdura pero”, “como tengo que ayudar a ésta, no tengo tiempo”, y algunas otras, en estos casos la expresión no verbal del acompañante, apoyaba la insinceridad de las manifestaciones del enfermo. Referente a las miradas, un aspecto interesante es que la mirada del médico acostumbra a ser más enérgica, la del cliente vagaba muchas veces, intentando no corresponder a la del médico. El uniforme utilizado era una bata, a veces, con pijama, las diferencias en la utilización de una u otro de llevarla abierta o cerrada recordaban ciertas reglas: de la empresa o de higiene, en ciertos casos una pizca de coquetería, y otros atributos personales. A la hora de utilizar un elemento de gran valor simbólico como es el uniforme de la institución: la bata abierta era más utilizada por el género femenino probablemente por que llevaban vestido debajo de la misma y el pijama más utilizado por los varones. En cuanto al discurso, observamos algunas infracciones, por ejemplo la utilización de una “jerga” médica para distanciar al cliente o para acabar una entrevista, a veces porque el paciente le estaba tratando sin la cortesía que merecía un especialista, o bien le discutía una observación, una actuación o un diagnóstico realizado.

CONCLUSIONES

1. Las consultas son rituales cotidianos en los que el cliente acepta esa pequeña dosis de sacralidad que resta en las interacciones médico/paciente.
2. Los médicos participan de creencias y valores diferentes, en parte, de los de sus pacientes, y existe una falta de coincidencia en los universos simbólicos de médicos y pacientes que afecta al plano de la comprensión de la enfermedad.
3. La interacción es vista por los actores, como el choque entre dos sujetos que culturalmente están situados en dos estatus bien diferenciados, el especialista superior y el cliente inferior.
4. Aunque los CS no son instituciones totales en “*strictu sensum*” si poseen algunas de sus características.

5. En este CS hemos observado que saludar es lo habitual, y que se produce un control del acceso al médico y una cierta despersonalización al convertir al cliente en un número.
6. Los médicos, no aceptan las normas empresariales, y se resisten a aceptar una imagen del médico como trabajador por cuenta ajena.
7. Existe una resistencia de los médicos de APS a que se “controle” su actividad, pues así vivencian la presencia de cualquier investigador u observador en “su” consulta.
8. La HAP actual se abre como una obligación empresarial, que permite, un mejor control de la actividad y el gasto farmacéutico, así su aportación primigenia a una mejor atención se ha perdido en parte al no dedicarse, en general, el tiempo necesario para: empatizar, entrevistar, observar, explorar y describir.
9. Algunos médicos, no conocen ni cumplimentan los documentos que componen HAP como la hoja de problemas, base de la estrategia de historiar en APS.
10. No se presta atención a lo que dice el paciente, lo que responde a una reacción (cultural) ante una posible “contaminación” procedente del lenguaje del lego, que puede afectar al especialista, el cual se protege de dicha contaminación.
11. Apenas se recoge el discurso del paciente.
12. El diálogo en su mayor parte es una sucesión de preguntas y respuestas, y el cliente no puede articular un discurso, como lo haría en cualquier otra circunstancia.

BIBLIOGRAFÍA

- Aragón, I. (1991) “Historia Clínica”. Revista Jano; N° 947; pp. 1839-1946.
- Beltrán, M. (1991). “La realidad social”. Madrid: Ed. Tecnos.
- Borrell, F.; Cebriá, J. (1999). “Relación asistencial y modelo biosicosocial”, en Martín, A.;
- Cano, J. F. (1999). “Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica”. Madrid: Ed. Harcourt Brace.
- Comelles, J. M.; Martínez, A. (1993). “Enfermedad, Cultura y Sociedad”. Madrid: Ed. Eudema.
- De Heusch, L. (1973). “Estructura y praxis”. Madrid. Ed. Siglo XXI.
- Gené, J.; Jiménez, J. et al. (1999). “Historia clínica y sistemas de información”. En Martín,
- Ortega, M. (1995). “La Historia clínica como elemento de trabajo fundamental en Atención Primaria”. Rev. Centro de Salud. Noviembre, pp. 821-824.
- Hammersley, M.; Atkinson, P. (1994). “Etnografía”, Barcelona: Ed. Paidós.
- Lain, P. (1964). “La relación Médico - Enfermo”. Revista de Occidente. Madrid.
- Martínez, A. (1984). “Eficacia simbólica, eficacia biológica. Hacia un nuevo modelo analítico y terapéutico en la asistencia sanitaria”. Revista Rol de Enfermería, Diciembre, n° 172.
- Martín, A.; Cano, J. F. (1986). “Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica”. Barcelona. Ed. Mosby-Doyma Muchnik Editores S.A.
- Rodríguez, M.; Sagristá, M. y cols. (1986). “Manual de normas para la utilización de la HAP”. Sevilla. Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía.
- Sacks, O. (1997). “El hombre que confundió a su mujer con un sombrero”. Barcelona.

