

EDITORIAL**MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA Y SALUD PÚBLICA:
¿UNA OPORTUNIDAD PERDIDA?****Jose Manuel Aranda Regules**

Centro de Salud San Andrés Torcal. Málaga

Entre las variadas situaciones que he vivido profesionalmente, recuerdo la perplejidad que me produjo comprobar en 1997 que a los consultorios urbanos de primaria en la República Dominicana no iba casi nadie. Mientras, las áreas de urgencias y consultas externas especializadas de los hospitales públicos estaban masificadas (eso sí era demora) y sin recursos. Alguien del país me lo explico sencillamente: no hay recetas con descuentos, los medicamentos gratis se acabaron los primeros 3 días del mes y a los especialistas puedes acudir directamente. ¿Para que van a ir al medico general o al pediatra?

Con esta idea de la utilidad (y el poder) de la Atención Primaria, volantes y recetas, después de casi 30 años intento reflexionar sobre mi práctica como especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Intento repensar el significado de palabras, tan manidas en los 80 y que estuvieron en el nacimiento de la especialidad, como modelo sanitario integral, integrado, regionalizado y democrático.

Un Ministerio de Sanidad que acababa de firmar la declaración de Alma Ata y un

grupo de eminentes médicos hospitalarios, liderados por el Dr. Segovia de Arana enfrentaron la posible quiebra del sistema de servicios de salud urbano basado en el hospital de alta tecnología saturado por no existir un nivel anterior que filtrara las derivaciones. Volantes y recetas sí, pero con un poquito de orden, el que da el pensamiento medico-científico y el conocimiento de las necesidades del hospital. Así nació la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en nuestro país: vocación de portería (*gate keeper* suena mas fino).

Pero España estaba en plena transición política y aunque la mayoría de los médicos que iniciamos la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en 1979 no sabíamos nada de Atención Primaria, ni habíamos leído la declaración de Alma Ata, éramos militantes de la transformación social y teníamos dónde mirar. Además había una tarea urgente: inventarse el 3º año de la especialidad y con él, el Centro de Salud, base de los cambios más importantes en los servicios sanitarios de la futura Ley General de Sanidad futura.

Así, aunque en España la Medicina de Familia nació bajo el patrocinio de los hospitales terciarios, su desarrollo como especialidad (y gran parte de su identidad específica) se lo debe a la Salud Pública (y a sus profetas salubristas como Ernestina Presser,

Correspondencia:
José Manuel Aranda Regules
C/ José Palanca, s/n. 29003 Málaga
Correo electrónico: regules@samfyc.es

Javier Ojembarrena, Nacho Corral, Hernán San Martín, Hernán Duran, Hugo Villar, Vicente Navarro etc.) y creo no equivocarme al decir que mi generación de médicos de familia fue el grupo más potente de salubristas de la década de los 80 en nuestro país. El sentido del trabajo cotidiano lo proporcionaba el enfoque, la visión del salubrista.

Consecuentemente asumíamos que, como componente de la Atención Primaria, la medicina de familia tenía como finalidad fundamental mejorar el nivel de salud de la comunidad a través de una practica integral (de prevención, recuperación, rehabilitación y de fomento de la salud). Es decir éramos un instrumento de la Salud Pública. Por fin, retomando el espíritu del cuerpo de Atención Pública Domiciliaria (APD) de la 2ª República este país creaba servicios periféricos que llevasen a cabo programas de fomento y protección de la salud.

Zona básica, diagnóstico de salud, programas, educación sanitaria, participación comunitaria, planificación, epidemiología, administración de servicios... fueron expresiones de uso común entre los médicos de familia de las primeras generaciones que multiplicaban sus formas de intervenir (individual, familiar, grupal, comunitaria) y los ámbitos de intervención (servicios sanitarios, domicilios, escuelas, organizaciones sociales, instituciones).

En suma, creíamos que nuestro trabajo iba más allá de ver pacientes que demandaban asistencia en consultorios y domicilios (buenos volantes y excelentes recetas). Esto ya lo hacían los médicos generales en los ambulatorios de la Seguridad Social y la medicina de familia era otra cosa.

La Historia siguió corriendo y en ese viaje participamos individualmente y como movimiento en hechos trascendentales de la sanidad española: el desarrollo legislativo, la creación de las administraciones sanitarias autonómicas, la extensión de la cober-

tura de la Seguridad Social y del modelo de Atención Primaria, la extensión de los cuidados prenatales, la planificación familiar, el control de niño sano, las vacunaciones sistemáticas, el fin de las epidemias de enfermedades prevenibles por la vacunación, la salud escolar..

Sin embargo el funcionamiento de los Centros de Salud puso en crisis un modelo inicial poco práctico y pensado como auto-suficiente. De los instrumentos heredados de la Salud Pública, la programación fue el de más impacto organizativo, pero al final la interferencia con otros niveles que elaboraban programas generales restó protagonismo a los Centros de Salud en el uso de esta técnica. El diagnóstico de salud fue más una enseña que un instrumento de trabajo. La participación comunitaria se quedó en experiencias voluntaristas. Si a esto le sumamos los problemas «reales» que vivíamos (presión de la demanda, equipos sin consolidar, administraciones jóvenes e inexpertas etc.) comprendemos los motivos de la crisis y que no se generalizasen los instrumentos diseñados.

Pero nadie cuestionó el modelo. Se había creado una institución (el Centro de Salud) con capacidad de auto-organizarse, de pensar colectivamente, de llevar a cabo acciones locales con finalidad en respuesta a necesidades. Había un ESPACIO creativo en los servicios sanitarios para la Salud Pública del que surgían iniciativas en el campo de la política (trabajo con los ayuntamientos), los medios de comunicación (radios y televisiones locales), otras instituciones y asociaciones (trabajo con organizaciones sociales, escuelas...). Y sobre todo éramos muchos, la acción elemental coordinada cobraba un valor desconocido por el número.

También había nacido un nuevo poder profesional: el médico de familia, con una cultura propia diferente de la del médico hospitalario.

Existía un futuro autónomo donde antes solo había volantes y recetas.

Bajo la premisa de que nuestra finalidad seguía siendo mejorar la salud pública, algunos iniciamos un camino de reelaboración de instrumentos de trabajo e incorporación de nuevos paradigmas de acción. Teníamos la conciencia de que ese ESPACIO recién creado era más pequeño de lo que pensábamos: la mayor parte del tiempo de los profesionales se dedicaba a la asistencia en consultas individuales (y quizás así había de ser).

Entendimos que si había futuro para la Promoción de Salud en Atención Primaria ésta debía penetrar la consulta asistencial (estrategia de riesgo, *counseling*, entrevista clínica). Los instrumentos comunitarios tenían que responder a problemas reales y poder ser aplicados de forma flexible (la epidemiología de ciclo corto, los métodos *mixed-scanning* (focal-estratégica) de planificación, la incorporación de la información cualitativa en diagnósticos y evaluaciones, la reformulación de los conceptos de acción social en salud y participación comunitaria, el marketing social y de servicios).

La organización del centro de salud debía ser eficiente, abierta, innovadora, estable y participativa (cambio organizacional, gestión de innovaciones, cultura organizacional, gestión del tiempo). Un ejemplo de ese esfuerzo colectivo se plasmó en una publicación de la que fui editor¹. Pero la realidad no corría por ese camino. Las corrientes de pensamiento neoliberal también tuvieron su expresión en los servicios de salud. Con la publicación del *White Paper* del Gobierno Thatcher² y sus correlatos españoles (Informe Abril etc.), se inició la segunda reforma sanitaria del país: lo que J. Irigoyen describe como «gerencialismo»⁵. Éste pasó a ser la cultura dominante del sistema sanitario y puso en crisis, esta vez CONCEPTUAL, a los defensores del «salubrismo» en Atención Primaria.

La visión que los gestores tienen de la sanidad pública es la de una empresa eficiente de producción de servicios a un coste aceptable y que genera satisfacción en los usuarios. La piedra angular del modelo es la separación de funciones según la lógica del mercado: unos son los que pagan (financiadores) y quieren saber lo que compran, otros los que gestionan (gestores) y si no sacan beneficios por lo menos no generan déficit no deseados, otros los que producen (productores), a los que se les exige calidad en todas sus dimensiones y decisiones clínicas coste efectivas. Y esta visión tiene sus importantes correlatos en la práctica:

— Es un requisito definir con precisión los «productos tangibles» de la empresa (cartera de servicios), asignarles un valor, medir su producción y relacionarla con el coste. Lo que no está en los presupuestos (y en el contrato programa consecuentemente) no existe. La competencia prima en la organización como valor sobre la cooperación. Todo tiene su precio.

— La orientación de la empresa es hacia la resolución de la demanda personal de servicios de forma satisfactoria (demora cero).

— Se reconoce la autonomía de las decisiones clínicas pero deben ser de «calidad». Calidad es hacer lo correcto correctamente, lo que se define por los grados de evidencia científica que sustentan las decisiones clínicas (papel de la medicina basada en la evidencia en la definición de buena práctica). Desde este punto de vista hay «profesionales de calidad» que son reconocidos por la empresa mediante la «carrera profesional».

— La gestión prima sobre la planificación (que se deja en manos de servicios no operativos que asumen también los servicios no personales, es decir, se reinventa el papel clásico de Sanidad) y se crea el concepto de gestión clínica (es decir gestionar

lo que implica gasto de lo que los clínicos hacen que implique gasto). La gestión clínica se basa en un sistema de incentivos económicos (productividad) que se consiguen si se cumplen los objetivos del contrato programa.

El «gerencialismo» (entre cuyos promotores hay destacados médicos de familia, como en el «salubrismo») colocó fuera del sistema todas las prácticas profesionales que no se derivaban de demandas individuales. Cerró el ESPACIO del Centro de Salud a la Salud Pública. La participación social en salud no tiene sentido, ni siquiera como legitimador del sistema (se busca una organización receptiva a las señales individuales de los clientes a través, por ejemplo, de las reclamaciones) y las actividades relacionadas con la intervención comunitaria que se mantienen lo hacen a fuerza de voluntarismo de «viejos rockeros» (¿fue alguna vez de otra forma?).

Tampoco necesita equipos que piensen sobre el sentido de su trabajo, éstos son más un obstáculo a vencer que un requisito del sistema (discuten las instrucciones).

«Hacer lo correcto correctamente» (la frase es de un Director General de Calidad). Para eso sólo se precisa definir lo correcto, la forma de hacerlo y vigilar que las normas sean cumplidas. Puro Taylorismo disfrazado de modernidad.

La presión de la demanda asistencial y la ampliación de la oferta de servicios preventivos individuales «políticamente correctos» (por ejemplo el examen de salud a las personas mayores de 65 años), ha recluso al médico de familia en su consulta (incluso la participación de los médicos de familia en las visitas domiciliarias está cayendo progresivamente). El centro de salud como «organización inteligente multiprofesional» capaz de definir su propia estrategia de servicios, ha sido sustituido por la firma/aceptación del contrato-programa por el Direc-

tor-Coordinador, al que se le exigen más funciones de transmisor de instrucciones que de gestor. Desaparecen las reuniones de equipo y los espacios de encuentro como la formación continuada en el centro de trabajo. El aislamiento nos hace vulnerables, la autoestima profesional baja.

En la realidad andaluza (que es la que mejor conozco, pero que es similar a la del resto del país) el progresivo debilitamiento del Centro de Salud como institución es una estrategia pensada que ha pasado por la disminución de sus recursos efectivos (desaparición de los trabajadores sociales y las matronas, la promoción de salud, que pasan a abarcar áreas geográficas mayores y a depender de instancias administrativas no asistenciales), pérdida de la autonomía de gestión (el área de admisión depende funcionalmente del distrito y toma decisiones independientes del director del Centro) y una férrea centralización con un sistema informático que está pensado como instrumento de control más que clínico o de comunicación entre profesionales (Diraya, con un servidor central en Sevilla).

Pero el gerencialismo va más allá de definir normas para la organización, quiere entrar en las consultas médicas, donde se toman la mayor parte de las decisiones que generan gasto (volantes y recetas, decididas por el gestor, no por el especialista hospitalario). La medicina basada en la evidencia (en lo profesional) y la sociedad del riesgo (en lo social) son sus soportes teóricos: la ideología de la $p < 0,05$.

Reclusos en nuestra consulta, ignorantes de lo que se cuece en el barrio y en la mente de los pacientes menos parecidos a nosotros, amparados por la evidencia científica y estimulados por la productividad, evaluamos riesgos cardiovasculares, hacemos cirugía menor, damos bajas laborales por «mobbing» y hasta usamos el ecógrafo. Nuestra meta es la «calidad de la asistencia», ser unos buenos técnicos. Nuestra pre-

ocupación son los 10 minutos por paciente para poder cumplir lo que nos piden. La consulta parece una oficina donde se procesa la información extraída por métodos fiables, se compara con la norma y se interviene siguiendo un protocolo. No hay espacio para la salud pública, pero tampoco para la escucha. Estudian el «burn out» (¿Cuáles son los factores de riesgo asociados? ¿Cuál el protocolo de actuación?).

Es verdad que no entendemos a los inmigrantes ni a los jóvenes, que muchas veces asistimos problemas que nos superan (como el maltrato), que alguna gente tiene «mucha jeta» cuando pide la baja, que estamos deseando que llegue el fin de semana. Pero al fin y al cabo ¿qué podemos hacer? Son problemas sociales, no médicos... y nos vamos haciendo viejos (los mejores médicos de familia jóvenes se van a las urgencias).

Pero volvamos al título que daba origen a esta reflexión: Medicina de Familia y Salud Pública. ¿Se trata de volver al pasado dichoso de los diagnósticos de salud, los consejos de participación ciudadana y los programas de salud? ¿Se trata de reinventar de nuevo al médico de familia omnisapiente y omnipotente como el que define el programa de nuestra especialidad en su última versión?

La sociedad ha cambiado vertiginosamente en los últimos años, siendo profesionales de la palabra no podemos ser ajenos a la revolución de las comunicaciones humanas que han generado internet y los teléfonos móviles. Desde hace 500 años es la primera vez que los españoles enfrentan la multiculturalidad y sus repercusiones sanitarias se viven diariamente. Por otra parte la fragmentación social y la crisis de legitimidad de las instituciones para canalizar y sacar a la superficie el malestar de los distintos grupos, hace que la mayor parte de las dinámicas sociales importantes sean sumergidas a los ojos de un observador

externo al grupo que las genera⁵. Podemos hablar de sociedad invisible³ que sólo pasa a ser evidente cuando explota.

Lo que me fascina de mi trabajo es la ventana que me abre al mundo real, tanto en la consulta como fuera de ella. La Salud Pública no puede renunciar a esa ventana. A mi juicio, lo más valorable de la primera reforma sanitaria son los puentes que tendió entre la sociedad y los servicios primarios de salud, así como la capacidad de pensar y actuar sobre lo que escuchamos y vemos. En España la sanidad pública y la escuela pública son el mecanismo más potente de integración social que tenemos. La salida a la luz de los inmigrantes ilegales se produce al darse de alta en los servicios sanitarios públicos. Es innegable que estamos sustituyendo estructuras que no pertenecen a la parte “formal” de la sociedad. El abordaje de las “personas dependientes”, es una prueba de ello. La pregunta es si estamos o vamos a estar a la altura de las circunstancias.

Es probable que la única forma de no renunciar al papel social que la sanidad pública tiene en la mejora de la salud de los ciudadanos sea oponerse al modelo neoliberal que propugna el gerencialismo. Pero decir que no es suficiente. Hay que reinventarse la salud pública ajustándola a nuestro mundo actual, así como también hay que reinventar la Medicina de Familia. Y eso no es volver a la separación de funciones (de nuevo Jefaturas de Sanidad aisladas con nombre más actuales) donde los salubristas se sientan cómodos en su trabajo en un espacio no invadido por nadie. Tampoco a médicos de cabecera sabios o paternalistas o dueños del sistema por el respeto que sus compañeros y pacientes les tienen por sus conocimientos, prestigio o saber hacer.

En la “sociedad red” que vivimos lo nuevo sólo puede salir de enredar a muchos en la tarea. En este camino posible pero difícil e inexplorado la Medicina de familia y la Salud Pública deben ir de la mano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aranda JM. Nuevas perspectivas en Atención Primaria de Salud. Aranda JM editor. Nuevas. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
2. Working for patients. The Health Service: caring for the 1990s. A summary of the White Paper on the Government's Proposals Following its Review of the NHS. Papeles de Gestión Sanitaria 1988; 15:25-44.
3. Instituto Nacional de la Salud. Informe de la Subcomisión de Atención Primaria. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1991.
4. Innerarity D. La sociedad invisible. Madrid: Espasa Calpe; 2004.
5. Irigoyen Sánchez-Robles J. Perspectivas de la participación en salud después de la reforma gerencialista. Comunidad 2005; 73-9.