

# Editorial

## Globalización, nuevas tecnologías y el trabajo comunitario en Atención Primaria

Luis Andrés López Fernández  
Médico de familia  
Director de Comunidad

Parece que vivimos tiempos de innovación y cambio. Eric Hobsbawm en su *Historia del siglo XX*<sup>1</sup> añade que de incertidumbre. En la periodización histórica que propone este autor sitúa en los primeros años de la década de 1990 el final del «siglo XX corto» y el correspondiente comienzo de una nueva era. Y la verdad es que parece que están cambiando las cosas de forma bastante trascendente en la década que llevamos, también por supuesto en el trabajo de los equipos de Atención Primaria y en la ciudadanía y comunidades con las que interactúan. En este editorial se proponen algunas reflexiones sobre las implicaciones de estos cambios en el trabajo de orientación comunitaria.

En primer lugar, los cambios que se comentan tienen una cara de «problema» o de incertidumbre y otra de posible «oportunidad», por lo menos ésa es la perspectiva que se pretende transmitir.

Uno de los procesos más visibles es el denominado *globalización* y que se manifiesta en muchos aspectos en nuestra sociedad, por ejemplo en la gran cantidad de personas que se desplazan por diversas razones, entre ellas la emigración, el turismo o el trabajo. En nuestro país son especialmente visibles los cuatro millones de emigrantes, que han modificado de forma notoria la composición de los cupos de numerosos médicos de familia y las personas atendidas por enfermería. Los problemas que todo esto plantea en la atención clínica están empezando a enfrentarse con decisión en estos últimos años. También plantean numerosos y nuevos retos en la atención comunitaria, por su aporte de nuevas pautas culturales, lenguas, problemas de salud diferentes o necesidad de transmitir los mensajes de forma distinta.

Los instrumentos comunitarios de trabajo están en un lugar central para afrontar de forma correcta todas estas nuevas situaciones. Está claro que al hablar de «participación comunitaria» las realidades de la emigración exigen que manejemos esquemas que impliquen el conocimiento de culturas diferentes y enfoques multiculturales o transculturales, e ir conociendo las consecuencias de estos planteamientos. También es indudable que las formas que tienen de resolver los problemas de salud en el marco de sus sistemas de atención informal de salud<sup>2</sup> son variables para cada tipo de emigración y esto tiene importantísimas repercusiones para el trabajo de los servicios de Atención Primaria.

Otra de las consecuencias de la *globalización* afecta a la distribución de poder entre las estructuras políticas. Es evidente que se están produciendo cambios profundos en el tipo de problemas que puede resolver o no un Estado-nación clásico. «Eso que llamamos España» por sí solo no puede dar solución al calentamiento global, a la mayor parte de los problemas ecológicos, no puede controlar de forma eficaz las mercancías que consumimos en el mercado global, los alimentos que comemos, las noticias a las que tenemos acceso y muchas otras cosas más que antes las sociedades controlaban (es un decir) mediante los Estados. En la actualidad, las mayores catástrofes que se producen en países como Noruega o Suiza tienen lugar en zonas del planeta tan alejadas de su territorio nacional como Indonesia (tsunami de diciembre de 2004), catástrofes ante las cuales estos ricos Estados-nación no pueden hacer casi nada. Los Estados ya no pueden ni hacer como si protegieran a sus nacionales. Y esto es sólo un ejemplo dramático de un efecto que es mucho más general.

Las respuestas a esta situación están siendo diversas: la construcción de espacios supranacionales como la Unión Europea o el MERCOSUR, la necesidad de acuerdos específicos supranacionales o la mera respuesta imperialista. Pero esta creación de niveles supranacionales se está compatibilizan-

ESTAMOS CREANDO UN MUNDO «MULTI-NIVELES» DONDE NO DESAPARECE NINGUNA REALIDAD, PERO SE DIFUMINA VERTICALMENTE LA RESPONSABILIDAD ANTE LA SOLUCIÓN DE ALGUNOS PROBLEMAS

do con el resurgir de la importancia de espacios locales regionales, como nuestras comunidades autónomas. Es como si no se quisieran perder en el mundo global señas de identidad más próximas, de carácter más local. En realidad, estamos creando un mundo «multiniveles» donde no desaparece ninguna realidad, pero se difumina verticalmente la responsabilidad ante la solución de algunos problemas. En nuestro trabajo comunitario estamos sometidos a las complejidades de las influencias de todos estos niveles. A veces con normas o leyes, otras con las culturas, los mercados, los aparatos administrativos de cada uno de los niveles: todos mandan algo, todos quieren participar. Aparecen nuevas legitimidades en esta participación y también nuevas complicaciones para trabajar en esa malla, con tanta gente y tantos posibles recursos para la salud en juego.

Formando parte del mismo fenómeno globalizador se encuentra la incorporación de las nuevas tecnologías de la comunicación, incorporación que afecta a muchas facetas del trabajo comunitario en salud. Una de ellas se valora bien pensando en el teléfono móvil. Existen 2.000 millones de móviles en el mundo, uno por cada tres personas más o menos, y si bien existen muchas diferencias entre países y sectores sociales, no cabe duda que es un fenómeno importante. Casi una de cada 10 personas en África lo tiene, pese al hambre y el sida<sup>3</sup>. Las necesidades de comunicación y la penetración de esta tecnología lo convierten en un instrumento socialmente transformador, quizá equivalente a la irrupción del transistor a pilas en la década de 1950, o posiblemente mucho más.

El móvil está modificando las posibilidades de comunicación entre las personas y está rompiendo los límites que impone la «distancia» geográfica para la comunicación emocionalmente significativa para los individuos. De golpe, en los últimos cinco años, muchas de las relaciones importantes entre la gente se producen por teléfono. Y se crean redes personales sin necesidad de que las personas se toquen o se vean. Estas redes personales no son virtuales, son reales, las personas hablan entre sí y se comunican sobre temas de salud, y sienten y lloran y aprenden y trabajan y hablan de otras personas. La comprensión de las formas de articulación social que existen en nuestra realidad actual están ya profundamente afectadas por el móvil. No me estoy refiriendo sólo, naturalmente, a las utilidades del teléfono para el trabajo comunitario, sino a la nueva realidad que se está creando en el mundo de las relaciones sociales y a la «deslimitación» del territorio, del vecindario, de los kilómetros de distancia<sup>4</sup>.

Las tecnologías de la comunicación y de la información afectan de muchas más formas a nuestro trabajo. El caso de Internet comparte algunos de los elementos citados antes, pero es un fenómeno con muchas más desigualdades en su distribución (la brecha digital) y con mucha menos penetración social. No obstante, afecta de manera considerable a la naturaleza de nuestro trabajo profesional y a los sectores populares y de clases medias del mundo desarrollado. En estos sectores del mundo rico comparte con el móvil los mismos aspectos antes comentados. Pero en el mundo profesional de la Atención Primaria, Internet es un medio muy poderoso para nuestra formación, para el acceso a la información y para las relaciones entre profesionales, incluidas desde luego las que tienen que ver con los asuntos de la orientación comunitaria de nuestro trabajo. No porque seamos de «tendencia social» tenemos que ser contrarios a las tecnologías que ya están siendo la fuente fundamental de información de las buenas prácticas profesionales, naturalmente que con todas las salvaguardas y garantías que hay que introducir en todos los ámbitos del conocimiento.

En lo que sí está siendo ya determinante Internet es en el acceso masivo a la información por parte de la población de los sectores y países citados. Y parece que es una macrotendencia irreversible, por lo menos hasta que se produzca el «gran apagón energético», si es que se produce. Las personas, nuestras comunidades, están mucho más informadas y esto afecta de forma muy importante a las posibilidades de tomar decisiones con autonomía por su parte en los temas relacionados con su salud. De momento, todo esto está pasando, claramente, en su forma de relacionarse con los servicios sanitarios, con sus profesionales de la medicina y la enfermería y en el manejo de sus problemas de salud y sus estilos de vida. Podemos decir que los medios de comunicación están ya formando parte del sistema informal de cuidados sanitarios. Pero es que además pueden influir, dependiendo de cómo los usemos, en la elaboración de políticas de salud y en la toma de decisiones que afectan al desarrollo de los programas de intervención. Tener acceso a la información es una fase importantísima del proceso de participación social y de la democracia. Espero que no quede Internet y los medios de comunicación en manos de la industria farmacéutica y de la tecnología, y esto no es algo tan raro, pensemos en qué ha pasado con la televisión.

El mundo global está tratando de imponer también una forma de entender las organizaciones,

las instituciones, las empresas que nos proveen de bienes y servicios y en las que, además, tenemos que trabajar. También de forma muy notoria en las organizaciones de servicios de salud. Las reformas de las dos últimas décadas, esas que rechazan aunque lo citen con falsedad el legado de Alma Ata, se han convertido en una forma de pensamiento único imponiendo la competencia como mecanismo de estímulo frente a la cooperación, que venía siendo el estímulo explícito (no siempre real) para la acción en salud.

Ha impuesto también la creación de mercados frente a la planificación a la hora de asignar los recursos, ha fragmentado los sistemas sanitarios todo lo que las sociedades respectivas han permitido, ha creado espacios para que estos fragmentos compitan y creen unas nuevas oportunidades de negocio a los intereses que buscan el beneficio. Todo esto se ha hecho bajo la cobertura y el dinero del Banco Mundial, organismo grotescamente, o cínicamente no sé, creado para que la pobreza desaparezca del mundo, y la efigie del Che Guevara te recibe en la entrada de su sede en Washington D.C.

Para acompañar estas reformas se ha creado toda una cultura gerencial que desprecia y trata de controlar a las profesiones, que se centra en la reducción de costes del sistema público, que no tiene como foco la salud, que utiliza la participación social como forma de completar sus sistemas de información o para la manipulación de la gente. De algo de esto hablaba Juan Irigoyen en un artículo de nuestra revista *Comunidad*<sup>5</sup>.

El gerencialismo, el intentar imponer el poder absoluto de los gerentes sobre las organizaciones sociales, los profesionales y los ciudadanos con el objetivo de que imperen los valores de la competencia, está fracasando estrepitosamente y ya van surgiendo voces, con tono alto de denuncia, que lo acabarán sepultando. Bueno, eso es más un deseo que una realidad actualmente y, además, no implica la desaparición de los profesionales de la gerencia, sino la necesidad de que su trabajo se realice fuera del pensamiento único, en el marco de un nuevo paradigma de gestión y en una nueva formulación de las reformas sanitarias.

En todos estos años las actividades de orientación comunitaria se han visto reducidas en su valoración por parte de los directivos y tampoco han estado de forma relevante en la agenda profesional, quizá vengan tiempos mejores para «dar poder a la gente» si las organizaciones sanitarias se hacen menos jerárquicas y autoritarias.

La tecnología no sólo está modificando nuestras vidas por la información, la comunicación o los diseños organizativos, también están haciéndose muy fuertes las tecnologías médicas y están produciendo cambios que, para bien y para mal, están repercutiendo en nuestra forma de vivir, de sobrevivir y de morir. Y por mucho que trabajemos en Atención Primaria y no en los hospitales no podemos dejar de reaccionar ante los dilemas éticos que se están produciendo en estos momentos en nuestras vidas y en las de nuestras comunidades. Sobre todo es importante porque uno de los caminos con más posibilidades para modificar algunos aspectos lamentables, como la muerte hipertecnologizada en los hospitales, se puede revertir y modificar si somos capaces de asumir nuevas responsabilidades comunitarias y los dilemas éticos que las acompañan. La muerte y el duelo son asimismo hechos de naturaleza social y comunitaria y también podemos enfocar nuestro trabajo comunitario hacia estos aspectos tan de la vida y la salud como la buena muerte. Lejos están los tiempos en que no se podía hablar del duelo saludable.

Todos estos temas demográficos, políticos, sociales, tecnológicos, organizacionales y éticos están ya en la agenda profesional de muchas compañeras y compañeros de Atención Primaria. Algunos han llegado desde la reflexión y la práctica clínica individual y otros desde perspectivas sociales. No importa el punto de partida si estamos de acuerdo en que estos asuntos son ya parte del marco en el que se inserta la actualidad y el futuro de nuestra práctica profesional.

## Referencias bibliográficas

1. Hobsbawm E. *Historia del siglo XX*. Barcelona: Crítica; 1995.
2. García Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Gutiérrez Cuadra P. *Cuidados y cuidadores en el Sistema Informal de Salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1999.
3. Edición Española del *New York Times*. Suplemento de *El País*. 8 de septiembre de 2005.
4. Inmenarity D. *La sociedad invisible*. Madrid: Espasa Calpe; 2004.
5. Irigoyen J. *Perspectivas de la participación en salud después de la reforma gerencialista*. *Comunidad*. 7:73-9; 2004

LA TECNOLOGÍA NO SÓLO ESTÁ MODIFICANDO NUESTRAS VIDAS POR LA INFORMACIÓN, TAMBIÉN ESTÁN HACIÉNDOSE MUY FUERTES LAS TECNOLOGÍAS MÉDICAS Y ESTÁN PRODUCIENDO CAMBIOS QUE ESTÁN REPERCUTIENDO EN NUESTRA FORMA DE VIVIR