

Editorial

Diez años de *Comunidad*

Autor:

Luis Andrés López Fernández

En estos últimos 10 años he tenido el privilegio de dirigir la revista *Comunidad*. Ha sido un auténtico lujo compartir este proyecto con los compañeros y compañeras que en todo este tiempo han colaborado con la publicación, el comité permanente y los responsables autonómicos del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP), las sucesivas directivas de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), el consejo de redacción, así como los profesionales que han aportado su trabajo como autores y, de forma muy especial, todos aquellos que han formado parte de la Red de Actividades Comunitarias (RAC) y que han sido el núcleo esencial de la publicación en su sección de «Contactos». La RAC ha sido un observatorio magnífico para valorar la evolución de las experiencias reales de la perspectiva comunitaria en los equipos de Atención Primaria (EAP) de España.

El consejo de redacción y el director de *Comunidad* me han pedido un artículo de despedida como responsable de esta primera época de la publicación, así que voy a aprovechar para «echar una mirada» hacia la década pasada y realizar algunas reflexiones personales para compartirlas con los lectores, centrándome en las actividades de orientación comunitaria que se realizan en nuestro nivel primario de atención.

Sin entrar a realizar una valoración global sobre el desarrollo de las actividades con orientación comunitaria, mi opinión es que su implantación en nuestro medio podría haber sido mayor de lo que ha sido. Tres factores me parece que han influido de forma determinante.

Por un lado, hemos asistido en estos años al crecimiento e implantación de la cultura «gerencialista»¹, mayoritaria entre los directivos del sistema sanitario y muy prevalente entre los propios profesionales de la asistencia primaria. Podemos

sintetizar esta perspectiva como el considerar que los servicios sanitarios se deben gestionar «como si fueran una empresa» y, por ello, hay que aplicar los instrumentos y el sistema de valores de esta manera de ver las cosas al trabajo en salud. Esta visión se ha convertido en estos años en un auténtico «pensamiento único», y cualquier otra opinión se ha tildado de antigua y de que no iba con los tiempos. Los abanderados de esta causa han sido, fundamentalmente, los directivos y los técnicos de apoyo, pero también han tenido un papel relevante en la imposición de esta mirada muchos profesionales. La primera consecuencia de esta situación ha sido el fuerte crecimiento del poder de los directivos sobre la Atención Primaria (AP) (mucho más evidente en el caso de la AP que en los hospitales).

Los instrumentos concretos, y también simbólicos, en los que se ha manifestado el ejercicio del aumento del poder de los directivos han sido los pactos de contratos y objetivos y el pago de incentivos económicos vinculados a ellos. En estos objetivos y acuerdos, las acciones comunitarias no han sido en absoluto prioritarias. El peso del esfuerzo de influencia gerencial ha sido la satisfacción de las demandas de asistencia sanitaria y la «demora cero». Naturalmente que ha habido excepciones y no todos los directivos han sido ciegos a la importancia de las actividades de participación social y programas de promoción de salud. En la RAC hay buenas pruebas de ello.

Otro factor importante para explicar nuestra situación actual es el auge de la cultura del «paciente como cliente o consumidor», expresión de nuestra época de la «modernidad líquida»² y muy relacionada con el gerencialismo. Naturalmente que mejorar la capacidad de elección de los usuarios es algo muy positivo en sí mismo, el tema es que se aumenta el poder de las personas como individuos, por lo que centran sus demandas sobre los problemas, necesidades y deseos individuales y no forma parte de la lógica la demanda de acciones de naturaleza colectiva, salvo de forma muy esporádica. En esta cultura no es esperable, por lo

SIN ENTRAR A REALIZAR UNA VALORACIÓN GLOBAL SOBRE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CON ORIENTACIÓN COMUNITARIA, MI OPINIÓN ES QUE SU IMPLANTACIÓN EN NUESTRO MEDIO PODRÍA HABER SIDO MAYOR DE LO QUE HA SIDO

NO SE HAN CREADO
LOS CAUCES A
TRAVÉS DE LOS
CUALES SE PODRÍAN
HABER PRODUCIDO
DEMANDAS SOCIA-
LES DE ACCIONES
COMUNITARIAS

tanto, que por parte de la demanda de los pacientes se soliciten acciones comunitarias.

En este mismo marco, si se hubieran desarrollado los instrumentos de expresión de demandas colectivas, los mecanismos de participación social, podríamos haber esperado presiones desde el lado de la demanda de actividades con orientación colectiva, pero es bien sabido que no ha existido tal prioridad política en la pasada década.

Por lo tanto, desde el lado de «la oferta» de servicios no se ha facilitado la realización de acciones comunitarias y, desde el lado de «la demanda», se ha fortalecido la satisfacción de demandas de servicios individuales, pero no se han creado los cauces a través de los cuales se podrían haber producido demandas sociales de acciones comunitarias.

A pesar de ello, los profesionales, a través de sus propios mecanismos de la «profesión» (el PACAP, el movimiento APOC y Comunidad son expresión de ello), han podido crear de forma autónoma servicios y programas de orientación comunitaria. En mi opinión, la mayor parte de las actividades de la RAC forman parte de este esfuerzo de los profesionales de los equipos de AP. No obstante, lo que podemos denominar el «espacio profesional», en la AP ha estado sometido a presiones muy enérgicas que han tenido como resultado —y es una opinión personal—, una disminución de la capacidad del poder y la iniciativa de los profesionales como colectivo. Las causas de esta disminución del espacio profesional están en la misma presión gerencial que he descrito anteriormente, pero también en un aumento de la complejidad y el peso de la demanda asistencial y en la propia debilidad de la AP como sector profesional.

Describiré brevemente estos dos últimos puntos. La demanda de los usuarios ha aumentado fuertemente, sea por el incremento de las necesidades (más personas mayores, por ejemplo), por la cultura del paciente como consumidor, por la «medicalización» de numerosos problemas sociales, por la «fabricación de enfermedades»³ o por elementos como la fuerte corriente migratoria que ha llegado a España, que hace que el 10% de los potenciales usuarios sean de culturas diferentes y hablen con dificultad el español, aspectos que hacen más compleja la atención a sus demandas por parte del profesional.

Los profesionales del ámbito de la AP no han conseguido la defensa de su espacio como profesiones autónomas⁴. En general, ha primado una postura que alineaba a nuestras organizaciones

profesionales con las posiciones de las administraciones sanitarias y con los directivos de la AP, cuya formación en muchos casos es precisamente la medicina de familia como especialidad de origen. Los EAP han perdido progresivamente los espacios que les daban autonomía, las reuniones de equipo, las sesiones, etc., y una buena parte de centros de salud ya no son «organizaciones inteligentes» que puedan decidir sobre la planificación y organización de su trabajo a nivel local. Son más bien establecimientos atravesados por las órdenes de sus directivos y que satisfacen demandas de pacientes de forma individualizada. En este marco, es muy débil todavía el liderazgo profesional para negociar una solución que ofrezca una salida más innovadora. Naturalmente que sí se ha avanzado mucho en aspectos como la implantación casi total del modelo de equipos de AP, y que ha mejorado probablemente la calidad de la asistencia profesional.

La presión gerencial, el enfoque del «paciente como cliente» y la disminución del espacio profesional en la AP son las facetas de un mismo fenómeno de nuestra época, que no es exclusivo de nuestro campo ni afecta solamente al tema de las actividades comunitarias, pero sobre el cual podemos plantearnos respuestas específicas.

Mirando un poco hacia delante, si queremos ampliar el espacio profesional, habrá que identificar este tema como problema, fortalecer el liderazgo dentro de las profesiones de la AP y propiciar las alianzas convenientes para ir construyendo una gestión de los servicios sanitarios más respetuosa con los profesionales. Por otro lado, habrá que colaborar para abrir canales de participación colectiva que se añadan a los existentes de participación individualizada.

En estas líneas de posibles desarrollos, existen ventanas de oportunidad que pueden hablar de un futuro más positivo para la perspectiva social en el trabajo de AP.

En primer lugar, está creciendo en todo el mundo la asunción de que la salud es un derecho humano, que compite naturalmente con fuerza con la todavía más prevalente opinión de que la salud es un «servicio de consumo». En España, estas dos visiones están presentes en el debate en las últimas décadas. La Organización Mundial de la Salud, mediante su directora general, y la Organización Panamericana de la Salud⁵ han dado un refuerzo a la AP que, con una visión «renovada», puede ser un buen punto de apoyo para buscar nuevos caminos en la dirección que comentamos.

En segundo lugar, los propios cambios demográficos de nuestra población atendida, con la incorporación de fuertes contingentes de población inmigrada, obligan a incorporar a la práctica profesional médica, de enfermería y de trabajo social un enfoque con fuertes contenidos en «competencia cultural», lo que podría reforzar la necesidad de una visión cada vez más social a la práctica diaria de los equipos de AP.

En tercer lugar, los cambios sociales y políticos que están produciéndose con la globalización, la permeabilización de las fronteras, la gran movilidad de las personas y mercancías, las innovaciones tecnológicas, etc., hacen que en prácticamente todo el mundo desarrollado, y en nuestras comunidades autónomas, se estén produciendo esfuerzos de reforma de los sistemas de salud pública. La AP forma parte de la salud pública, de forma muy especial las acciones de orientación colectiva. Los profesionales de los equipos y nuestras organizaciones deberían incorporarse con energía a estos procesos de cambio, tanto por la propia conveniencia y necesidad de las reformas como porque pueden ser una gran oportunidad para el mejor desarrollo de nuestro nivel primario de atención.

Espero que sean útiles estas reflexiones para dialogar entre los profesionales, los directivos y la ciudadanía, y todos los interesados en mejorar nuestros centros de salud y el trabajo que en ellos se realiza.

Referencias bibliográficas

1. Irigoyen J. La reinención de los pacientes o el cliente siempre tiene la razón. *Salud 2000 Sep 2007*;20-25.
2. Bauman Z. *Vida líquida*. Barcelona: Ed. Paidós, Estado y Sociedad 143; 2006.
3. Blech J. *Los inventores de enfermedades*. Barcelona: Ed. Destino; 2005.
4. Aranda JM. Salud pública y medicina familiar. ¿Una oportunidad perdida? *Rev Esp Salud Pública 2007*;81:1-6.
5. OPS-OMS. *La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Documento de posición de la Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington D.C.; 2007.