

PAGINAS DE SALUD



1991 (N.º 1)

CONSEJERIA DE SALUD
SERVICIO REGIONAL DE SALUD

**LOS SANITARIOS LOCALES,
LA SALUD PUBLICA
Y LA SANIDAD AMBIENTAL**

AUTOR: J. Segura del Pozo
Serv. Regional de Salud

EDITA: Páginas de Salud
Serv. Regional de Salud
Comunidad de Madrid

I. INTRODUCCION

II. LOS SANITARIOS LOCALES: características determinantes de su práctica.

III. EL PERIODO 1960/1990 EFECTO DE LOS CAMBIOS SOCIALES E INSTITUCIONALES EN EL TRABAJO DEL SANITARIO LOCAL.

1. Los Sanitarios Locales ante el desarrollo del INSALUD y del modelo de medicina especializada hospitalaria.

1.1. La etapa de los Ambulatorios

1.2. La etapa hospitalaria

2. Los Sanitarios Locales y su relación con los nuevos recursos sanitarios municipales (Centros de Salud Municipales, Laboratorios Municipales de Higiene).

3. Los Sanitarios Locales y las nuevas administraciones ambientales (Agencias de Medio Ambiente, Concejalías de Medio Ambiente).

4. Los Sanitarios Locales y la Sanidad Ambiental ante el desarrollo del nuevo modelo de Atención Primaria.

5. La adaptación de la profesión veterinaria y farmacéutica al nuevo objeto de trabajo y la entrada de nuevos profesionales en el campo sanitario.

I. INTRODUCCION

Los Sanitarios Locales constituyen uno de los colectivos profesionales de la sanidad pública que ha tenido que enfrentarse en los últimos años a una serie de cambios sociales e institucionales que ponían en peligro su propia supervivencia como colectivo. El proceso de adaptación a este cambio ha sido lento y en muchas ocasiones ha ido forzado por decisiones de índole administrativo impuestas sobre ellos que han generado importantes resistencias al cambio.

Nos encontramos en un momento en que esta demasiada lenta adaptación al nuevo marco de trabajo puede tener como consecuencia no sólo la desaparición de este colectivo como tal, sino la pérdida de los contenidos de trabajo más interesantes ligados a las funciones de salud pública que ellos vienen desempeñando desde hace años, y que hay que rescatar para el nuevo modelo de atención desde la estructura de salud pública de las Areas de Salud y desde los Equipos de Atención Primaria.

¿Cuáles son las razones que justifican la resistencia al cambio de estos profesionales? ¿Qué responsabilidad tiene la institución sanitaria en esta resistencia al cambio? ¿Con qué objetivos se creó el Cuerpo de Sanitarios Locales? ¿Qué factores determinaron su práctica? ¿En qué momento la institución cambió sus objetivos? ¿La institución ha aportado suficientes instrumentos y marcos de trabajo a estos profesionales para que se adapten a los nuevos objetivos? ¿Qué características de su

práctica son positivas para los nuevos objetivos y por tanto hay que rescatar? (1) (2)

La mayoría de estas preguntas no van a poder ser respondidas evidentemente desde estas modestas páginas, que sólo pretenden introducir el tema y abrir el debate mediante una serie de reflexiones a partir de mi experiencia de trabajo con los Sanitarios Locales desde la Sección de Sanidad Ambiental del Servicio Regional de Salud en el período 1985/1990, y sobre todo a partir de mi experiencia como docente y coordinador de los Cursos de Sanidad Ambiental.

II. LOS SANITARIOS LOCALES

Características determinantes de su práctica.

Bajo la denominación de **Sanitarios Locales**, se reúnen cuatro tipos de profesionales sanitarios: Médicos, A.T.S. Farmacéuticos y Veterinarios, que como Funcionarios del Estado ejercen sus funciones en relación con la **Salud Pública** en los municipios españoles.

Se organizan en "Cuerpos", a los que sólo se podía acceder por medio de una oposición de ámbito estatal, o por nombramiento directo de forma interina. Tanto el acceso al "Cuerpo", como el desarrollo de su trabajo profesional estaba, y sigue estando, fuertemente controlado e influido por los respectivos Colegios Profesionales, una de cuyas funciones era vigilar el "intrusismo

profesional". Esta estrecha vinculación de sus funciones a su identidad profesional, era reforzada por un **Reglamento de Personal Sanitario Local (1.953)**, que especificaba de forma muy detallada las funciones de Salud Pública de cada uno de los profesionales, sin existir funciones o campos de trabajo compartidos.

Su ámbito de actuación geográfica, eran los **Partidos Sanitarios**, que abarcaban uno o varios municipios, no teniendo porqué coincidir entre sí el Partido Médico, Farmacéutico o Veterinario, lo cual favorecía aún más la falta de comunicación entre estos profesionales, la descoordinación de la acción de sus respectivas tareas y la individualidad de sus actuaciones. **Falta de encuentro** no solamente entre los diferentes profesionales, sino entre los miembros de la misma profesión, cuyo único lugar de encuentro solía ser el Colegio Profesional, por motivos reivindicativos o por las escasas actividades académicas, o de formación que en general estos organizaban.

Su dependencia jerárquica era complicada. La contratación y el sueldo estaban a cargo de las Jefaturas Provinciales de Sanidad, es decir los Departamentos Provinciales de la Dirección General de Sanidad, que en su origen pertenecía al Ministerio de Gobernación, el cual dejó su impronta de "Control del Orden Público", en las actuaciones de estos profesionales como luego veremos.

Pero por otra parte, estaban también al servicio de los Ayuntamientos, es decir, bajo las órdenes del Alcalde respectivo.

Esta doble dependencia jerárquica, el hecho del alejamiento del nivel jerárquico superior (el jefe de la Inspección Médica, Farmacéutica o Veterinaria estaba en la capital de provincia), y el inusual contacto de estos jefes con los Sanitarios Locales (la vía más frecuente de contacto era la epistolar), creaban en el Sanitario Local una **sensación de "desinstitucionalización"**, que se ha arrastrado hasta nuestros días. La institución-burocracia, estaba en las Jefaturas Provinciales de Sanidad y la mayoría de los Sanitarios se sentían imbuídos del espíritu del "profesional liberal", más que del de funcionario miembro de una institución sanitaria jerarquizada.

De hecho, la mayoría de ellos compaginaban sus funciones públicas con la práctica liberal de la profesión, que en muchos casos era prioritaria para ellos a la vista del peso de los ingresos que aportaba frente al escaso sueldo del funcionario público. Así el médico tenía sus "Iguales Médicas", el farmacéutico su Oficina de Farmacia, el veterinario su práctica profesional " privada" (clínica animal, cobros por intervención de industrias alimentarias, etc).

De tal forma que esta **doble identidad profesional** (funcionario-profesional liberal), consentida e incluso alentada por la Administración (por ejemplo, el farmacéutico tenía obligación de poner Oficina de Farmacia) y los Colegios Profesionales, creaba situaciones conflictivas que impedían a veces el correcto ejercicio de las funciones de Salud Pública. Esto ocurría cuando el profesional se encontraba que tenía que

"vigilar" e incluso proponer la sanción a ciudadanos del municipio, que a su vez eran clientes de su "práctica liberal". Por otra parte, el Alcalde, su superior jerárquico, podía tener intereses económicos en el municipio que podían verse afectados por el celo profesional del sanitario.

Frente a esa situación se creó una auténtica "conspiración del silencio", de todos los estamentos cómplices de ella, que han considerado durante años como "normales", situaciones que han rozado la ilegalidad y que en ocasiones han creado las condiciones para la aparición de corrupción y cohecho.

Cualquier cambio que se introdujera en este "status quo", era considerado como conflictivo y como una amenaza a ciertos privilegios difícilmente defendibles. Por ello daban lugar a actitudes de resistencia tanto a nivel local por parte de los profesionales y de los propios Ayuntamientos, como a niveles superiores, por parte de las Jefaturas Provinciales (algunos de cuyos funcionarios tenían sus propios privilegios) y los Colegios Profesionales. Como ejemplo sirva las resistencias que se levantaron en los Colegios Médicos y en las propias Jefaturas Provinciales de Sanidad, ante la actitud de algunos médicos jóvenes en la década de los 70, al renunciar al cobro de las Igualas Médicas y al denunciar las mismas como algo ilegal. Curiosamente en muchos casos fueron los propios ciudadanos los que se resistieron a tal decisión, temiendo que iba a ir asociada a una peor calidad por parte del médico.

La Administración se resistía a cambiar esta situación, no

sólo por el posible beneficio personal de algunos de sus altos funcionarios, sino porque era consciente que la **aplicación estricta de la norma a los Sanitarios Locales, iría emparejada con la paralización de sus actividades**, al ir asociada esta exigencia a la reflatación de una serie de reivindicaciones por parte de los profesionales (no se podía vivir de los sueldos, la Administración no pagaba desplazamientos, los materiales de trabajo, por ejemplo los reactivos de análisis del agua eran sufragados por el propio personal, etc.), que hasta entonces no eran planteados por los sanitarios, debido a la compensación que para ellos suponía los beneficios secundarios tolerados, y a los que la institución no iba a ser capaz de dar respuesta.

Otro elemento que caracterizaba a los Sanitarios Locales, era su **proximidad al poder y el ejercicio de funciones de poder**. Como se ha dicho antes, el Sanitario Local era un funcionario del Ministerio de Gobernación y tenía funciones de vigilancia y sanción en materia sanitaria, es decir, como **Policía Sanitario** era una autoridad local. No ha existido en España otra Institución Pública que haya tenido una red tan amplia y organizada de vigilantes con una presencia real y sólida en todos los municipios, siendo sólo comparable a la extensión de la Institución Eclesiástica y de la Guardia Civil. Además tenía encomendadas funciones claras de Orden Público: reconocimiento a detenidos, policía sanitaria mortuoria, forense, vigilancia de ferias y mercados, clausura de actividades insanas, etc. El Sanitario aportaba en muchas ocasiones argumentos "Técnicos

Higiénico-sanitarios", que justificaban intervenciones por parte del poder, para mantener el "Orden Público", y proteger "las Buenas Costumbres".

El Sanitario Local formaba parte por ello de las fuerzas vivas del Municipio, con las que se relacionaba estrechamente a costa de un aislamiento social de la población de la cual solía marcar repetidamente las distancias, distancia que quedaba simbolizada en el título de "DON", que compartía con las otras "Fuerzas Vivas". Todo esto ha contribuido a que sea un profesional con poca práctica en la participación ciudadana, siendo más bien su actitud ante la población que atiende de "despotismo ilustrado" ("ellos no saben lo que les conviene y yo sí").

Esta situación también ha contribuido a que el Sanitario Local haya sido dócil al poder constituido y en ocasiones cómplice de él, situación que paradójicamente convivía con una cierta ideología liberal burguesa propia de la práctica liberal.

Añadamos otras dos características que han definido y determinado la práctica del Sanitario Local: **la falta de encuadre de trabajo y la indefinición de sus tareas de Salud Pública, o mejor dicho, la confusión entre función y tarea.**

Empezando con la primera, recordemos que el Sanitario Local, no tenía horario de trabajo definido, requiriéndose su presencia las 24 horas del día en su partido sanitario. Dentro de este período de tiempo no había períodos definidos por su práctica de Salud Pública, sino por sus funciones asistenciales (el horario

de consulta, el horario de apertura de farmacia, etc). El lugar de trabajo también estaba definido por su práctica asistencial y/o liberal. Así por ejemplo, el lugar de referencia del farmacéutico titular era su Botica, el del veterinario y el del médico su Clínica, normalmente situada en su domicilio. Esto, como luego se ha visto, ha traído como problema la inexistencia de locales y lugares de trabajo, cuando se ha intentado separar las funciones asistenciales de las de Salud Pública de estos profesionales.

Dentro de la **falta de encuadres** recordemos la supuesta "desinstitucionalización" e indefinición de su superior jerárquico, que como hemos dicho era doble, incluso triple en el caso de los veterinarios (que dependían del Alcalde, de Sanidad y de Agricultura) y en el de los médicos al aparecer la Seguridad Social (Alcalde, Jefatura Provincial de Sanidad y Delegación Provincial del INSALUD).

A pesar de que el Sanitario Local tenía encomendadas **FUNCIONES**, de prevención de la enfermedad y promoción de la Salud (recogidas en el Reglamento de Sanitarios Locales), estas funciones no se solían concretar en **TAREAS** específicas definidas por parte de la Institución con tres excepciones:

- A) La obligación de "Declarar y enviar a la Jefatura Provincial, una información rutinizada y poco fiable de los casos de enfermedades infecciosas de riesgo epidémico, de los niveles de cloro del agua de consumo o de los casos de Epizootias entre los animales. Dicho

sea de paso, que esta información no era vivida por los profesionales como algo útil que podía aumentar la calidad de su trabajo diario, sino como instrumento de control y fiscalización de la institución represiva

B) La organización de "Campañas Sanitarias" por parte de las Jefaturas Provinciales en determinados períodos del año, (por ejemplo, Vacunaciones específicas, control de panaderías, análisis de fuentes públicas, etc) en que se pedía la colaboración del Sanitario Local.

C) La realización de inspecciones por denuncias formuladas por ciudadanos tanto ante el Ayuntamiento como ante la Jefatura Provincial de Sanidad. Cabe recordar que esta práctica de denuncia por parte del ciudadano, era muy inusual en el medio rural hasta hace pocos años.

Aparte de las propias de estas excepciones **no solían existir actividades programadas relacionadas con tareas concretas de Salud Pública**, o por lo menos no venían definidas desde la institución, sino que estaba en la mano del voluntariado y del celo profesional de cada Sanitario Local, que era consciente que lo único que le pedía la institución es que se organizara su tiempo y su trabajo para responder a posibles alarmas sanitarias (por ejemplo, Brotes Epidémicos) o necesidades de índole administrativo (Informes para Certificados, Cédulas de Habitabilidad, Traslado de Cadáveres, etc), que podían surgir en

su partido y alterar el "orden sanitario establecido".

Mientras esto estuviera cubierto, "No Pasaba Nada", (no se le iba a exigir más, ni a hacerle preguntas de arriesgada respuesta). Al igual que a nivel clínico, el silencio orgánico (la falta de signos y síntomas de enfermedad en el cuerpo humano) era sinónimo de salud, la ausencia de "ruidos sanitarios", que distorsionaran el orden público era sinónimo de "Salud Pública"; conceptos evidentemente incompatibles con la prevención que debe intervenir en este silencio.

De las lecturas de estas páginas podría desprenderse una imagen negativa de los Sanitarios Locales como profesionales "vagos y mafiosos", desinteresados en su objeto de trabajo, lo cual está muy alejado de mi concepto y valoración de los mismos y de la intención de este trabajo. Cabe resaltar que se está describiendo el marco socio-económico, político e institucional, en que estos profesionales se veían obligados a trabajar, lo que podía admitir un mayor o menor grado de implicación del profesional en este marco.

Los Sanitarios Locales, no solo han sido cómplices obligados de este marco, sino que también han sido víctimas del mismo, al sufrir una depauperización profesional en este -marco de trabajo debido al aislamiento profesional, la ausencia de medios técnicos, la disponibilidad las 24 horas del día y la falta de formación y reciclaje.

III. EL PERIODO 1.960 - 1.990 : Efecto de los cambios sociales e institucionales en el trabajo del Sanitario Local.

A lo largo de las tres últimas décadas se van a ir introduciendo en este panorama progresivamente una serie de cambios organizativos, institucionales, conceptuales e ideológicos, que van a trastocar el esquema de trabajo de los Sanitarios Locales de atención a las personas y atención al Medio-Ambiente y que van a desembocar en la situación actual de profunda crisis motivada, a mi manera de ver, por una falta de acoplamiento entre los cambios ideológicos y conceptuales sobre su práctica por una parte, y los cambios institucionales y organizativos necesarios para llevar adelante esta nueva práctica por otra.

Analizaremos a continuación algunos de estos cambios:

- 1º Desarrollo del INSALUD, y del modelo de medicina especializada hospitalaria.
- 2º Contratación por parte de los grandes ayuntamientos de recursos sanitarios propios.
- 3º Abandono progresivo por parte del sector sanitario de la atención al medio (desarrollo de administraciones "Ambientales" a nivel Estatal, Regional y Local).
- 4º El nuevo concepto de Atención Primaria de Salud.
- 5º Acoplamiento de ciertos profesionales a la nueva situación (veterinarios, etc).

1. Los sanitarios Locales ante el desarrollo del INSALUD y del Modelo de Medicina especializada hospitalaria.

El Seguro Obligatorio de Enfermedad (posteriormente INSALUD), sufre un rápido desarrollo paralelo al despegue económico de finales de los 50 y década de los 60. Parte de los recursos económicos recolectados a partir de las cuotas de trabajadores y empresarios son invertidos en crear nuevos recursos asistenciales en dos etapas claramente diferenciadas:

- A) La etapa de los Ambulatorios.
- B) La etapa Hospitalaria.

A) La etapa de los Ambulatorios.

Durante ella, se crea una red de centros sanitarios en el medio urbano, para dar respuesta a la demanda sanitaria creciente secundaria a la industrialización y la gran emigración a los extrarradios de las grandes ciudades.

Los Ambulatorios se nutren de médicos pluriempleados con otros empleos en la medicina privada, e incluso en otras instituciones públicas. Su labor es puramente reparadora de la mano de obra, no queriéndose ni pudiéndose (por las condiciones de masificación de consultas y el propio pluriempleo), atender los factores de riesgo relacionados con la enfermedad (por ejemplo, el control del saneamiento ambiental o de las vaquerías urbanas era encomendado a las Jefaturas Provinciales de Sanidad, cuyos recursos en Madrid Capital se integrarían en

el Ayuntamiento).

Esto hace que en el medio urbano se incremente la separación entre Atención Curativa y Atención Preventiva; y entre Atención a las Personas y Atención al Medio, al estar encomendadas a diferentes Instituciones.

Esta situación de separación, no se dará en el medio rural, donde el Médico A.P.D., seguirá teniendo asignadas ambas funciones ("Asistenciales" y de "Salud Pública"). La separación solo se vivirá a través del cobro de dos nóminas diferenciadas: la de "Sanidad" (Jefatura Provincial de Sanidad), por funciones de Salud Pública y atención al Padrón de Beneficencia, y la de "La Seguridad Social", por atender al cupo de asegurados que viven en el pueblo (especialmente a partir de la introducción del Régimen Especial Agrario en 1.966).

Sin embargo la oferta laboral, que introduce el modelo de Ambulatorios y su sistema de retribución económica influirá profundamente en la distribución de los recursos médicos en nuestro país. Los médicos más jóvenes y dinámicos prefieren trabajar en el medio urbano atraídos por las mayores posibilidades de formación y desarrollo profesional (entiéndase clínico) y económico, al instaurarse un sistema de pago proporcional a la población atendida ("Cupos" de asegurados), la cual se concentra en las ciudades a medida que se despuebla el medio rural.

En este medio el número de cartillas es escaso, además muchos médicos rurales consideran que por el salario que perciben deben realizar una dedicación similar a la que practican los médicos urbanos de los Ambulatorios (consulta de dos horas y atender avisos durante un período limitado). Al ser la demanda sanitaria de la zona rural permanente se pretende justificar la existencia de "Las Iguales". (3).

En cualquier caso se va conformando la idea, tanto por parte del médico rural, como de la Administración, según la cual hay que **"compensar" al médico rural por estar en una "situación de segunda categoría"**, frente al médico del medio urbano. El mejor modelo sería el de los ambulatorios, y el peor modelo sería el del Partido Médico, que tiene que arrastrar una serie de frustraciones profesionales, económicas e incluso de relaciones sociales debido a su aislamiento geográfico y social. **La compensación pasa por lo económico:** tolerancia de Iguales, aumento de coeficientes de las cartillas del Régimen Especial Agrario frente al Régimen General, acumulación de otros conceptos (complementos por urgencias, pediatría de zona, matrona, A.T.S., etc). (3).

Al final queda la idea, de que el Médico que "se va" a un pueblo a trabajar lo hace "para ganar dinero". Estas ideas (compensación, modelo de segunda categoría, preponderancia de lo económico), se han arrastrado hasta nuestros días y siguen calando algunas decisiones de la Administración, como las que se refieren a la retribución diferenciada de los Sanitarios Locales,

o a la situación creada por la integración de los Médicos rurales en los E.A.P., que puede suponer la desaparición "Modelo Rural de Segunda Categoría" y su disolución en el "Modelo Urbano de Primera Categoría". Como consecuencia, puede desaparecer un modelo de Atención Integral a las personas y al medio, frente al nuevo modelo de E.A.P. que en la práctica se está poniendo en pie a partir de la reforma del sistema de Ambulatorios y que de alguna forma institucionaliza la separación entre la asistencia y la prevención primaria, a pesar de un discurso importado que habla de "atención integral", como luego veremos.

Otra consecuencia indirecta del sistema retributivo del INSALUD para los médicos de atención primaria ha sido el **"envejecimiento" de los médicos titulares de las áreas cercanas a Madrid** no solo atraídos por la mayor calidad de vida inherente a la proximidad a un gran núcleo de servicios como es la capital, sino sobre todo porque las pensiones son proporcionales al sueldo de los últimos años de trabajo. Por ello el médico rural se ve empujado al concurso de traslado para conseguir "cupos" más grandes en las ciudades y zonas industriales. (3).

B) La etapa hospitalaria.

La segunda etapa del desarrollo del INSALUD podemos llamarla "etapa hospitalaria", situada entre finales de la década de los 60 y finales de los 70. Durante esta etapa se construye una amplia red de residencias sanitarias y se introduce el sistema M.I.R. de formación.

Se va configurando un modelo médico importado de E.E.U.U., y otros países anglosajones que dejará una gran impronta e influencia en todo el sistema sanitario. Además de elevar la formación de los médicos de la sanidad pública, abrirse a los conocimientos de los países punta en investigación clínica e intentar introducir ciertos métodos y prácticas "científicas" de trabajo (sesiones clínicas, revisión de casos, lectura de revistas clínicas, protocolos de actuación, comisiones de control de calidad, etc), este modelo contribuye a extender una cultura médica que contempla a la enfermedad aislada del entorno que la determina.

La sacralización de esta "cientificidad" supone el constante empeño en **aislar a la enfermedad de los factores impuros** (sociales, económicos, psicológicos, etc) que impiden estudiar sus entrañas fisiológicas, bioquímicas e histológicas. El mejor marco para ello es **el hospital** en el que el paciente es aislado de su medio y donde se dispone de técnicas de análisis y exploración que permiten introducirse en el nivel microscópico del paciente.

Al fin y al cabo, esta cultura pertenece al **paradigma científico (4)** que se creó con la revolución bacteriológica en el siglo XVIII y XIX, según el cual la enfermedad es un fenómeno puramente biológico que tiene su causa en la introducción de un microorganismo o en una disfunción orgánica que hay que localizar. Paradigma que se impuso frente a otra concepción médica vigente hasta el siglo XVIII como el higienismo, heredero

de las teorías hipocráticas y de las "constituciones epidémicas" de Sydenham del siglo anterior, que tenían en común el intento de relacionar la enfermedad con el territorio donde se vivía. Aunque se refería sobre todo al medio físico suponía la idea de que el médico que quiere conocer el tipo y causas de las enfermedades importantes en su área geográfica tiene que investigar los factores geográficos, sociales, demográficos y económicos de estas áreas (estudios de Topografías Médicas).

(5).

La ilusión es que solo se puede investigar la enfermedad en el hospital donde esta "lo científico". Fuera del hospital (ambulatorios, medicina rural, etc) está el trabajo "no científico". Esta cultura imperante y la enseñanza en las Facultades de Medicina crea promociones de médicos orientados a la especialización hospitalaria y frustrados si no pueden acceder a una plaza de "médico adjunto" de hospital. Los buenos llegan a adjuntos de hospital, los malos se quedan de médico de pueblo o de ambulatorio, donde como he dicho las compensaciones a la frustración pasan por lo económico.

El desarrollo de la seguridad social no solo afecta a la profesión médica, sino que alcanza de lleno a los **farmacéuticos** al producirse un espectacular aumento del consumo de fármacos que el propio sistema favorece tanto por la masificación de las consultas, que solo permiten un intercambio de recetas médicas por quejas de pacientes como por el modelo médico mencionado, fuertemente moldeado por las industrias

farmacéuticas (gran parte de la investigación clínico-hospitalaria se centra en estudios casos-control para evaluar el efecto de medicamentos) y que induce a este **hiperconsumo farmacológico**.

Ello hace de las Oficinas de Farmacia un negocio rentable sujeto solo a las reglas del mercado de capitales y del Colegio de Farmacéuticos. Por ello el farmacéutico estará cada vez más orientado a la gestión de la venta del medicamento frente a otras facetas profesionales.

Lo mismo ocurrirá con los farmacéuticos titulares, para los que la Oficina de Farmacia será el centro de gravedad de su actividad quedándose el resto de funciones (vigilancia sanitaria del medio) en un segundo lugar. Mejor dicho: el ser farmacéutico titular se contempla como una vía para poder abrir una oficina de farmacia sin pagar las fuertes sumas que el mercado negro exige para el traspaso de una farmacia.

2. Los Sanitarios Locales y su relación con los nuevos recursos sanitarios municipales. (Centros de Salud Municipales, Laboratorios Municipales de Higiene).

Al surgir los primeros ayuntamientos democráticos, a finales de la década de los 70, se introduce una nueva variable en el panorama descrito hasta aquí. Los grandes ayuntamientos del

area metropolitana de Madrid y el propio municipio de Madrid empiezan a ofrecer nuevos servicios de salud a la población basados tanto en programas de Promoción de la Salud como en la cobertura de los servicios asistenciales que no ofrece el INSALUD (Planificación Familiar, Salud Mental, etc).

Para ello contrata nuevos recursos, no solo por la nueva necesidad que crea la expansión de los Servicios Municipales sino por la **profunda desconfianza de los nuevos políticos municipales en los Sanitarios Locales** que estaban al servicio de las corporaciones locales a los que se identifica, generalmente con razón, con una ideología y una actitud profesional conservadoras.

En esta época, principios de los 80, también empiezan a desarrollarse desde algunos de estos municipios "Diagnósticos y Programas de Salud Ambiental" (Alcalá de Henares, Getafe, Alcobendas, Leganés, Fuenlabrada) con el esfuerzo de los nuevos técnicos (biólogos, médicos, farmacéuticos) contratados para poner en marcha los **Laboratorios Municipales de Higiene**.

La mayoría de estos laboratorios están ubicados dentro de los **Centros Municipales de Salud** y además de dar apoyo analítico (cultivos, citologías, hemogramas, etc) a los programas asistenciales de los centros, especialmente a los relacionados con la atención a la mujer, realizan análisis de las aguas de consumo del municipio y de los alimentos.

La integración de los sanitarios locales en las actividades de estos laboratorios es muy desigual. Hay casos

donde hay una buena colaboración dedicándose el farmacéutico o veterinario a las labores de inspección y toma de muestras y el laboratorio, al análisis propiamente dicho. Pero en general, lo que se da es un enfrentamiento entre Sanitarios Locales y Técnicos de Laboratorio. Así los municipios se encuentran con dos tipos de recursos enfrentados entre sí que realizan las mismas labores, duplicando esfuerzos y neutralizando resultados (ejemplo: había municipios donde el farmacéutico hacía sus análisis de aguas y el Laboratorio Municipal los suyos).

La necesaria **coordinación o integración** no fue realizada ni por los municipios ni por las Jefaturas de Sanidad/Consejería de Salud, aunque hubo algunos intentos frustrados.

En algunos casos la consecuencia fue que los farmacéuticos delegaron en el Laboratorio Municipal la tarea de vigilancia del agua de consumo, limitándose a rellenar los partes semanales con los datos del laboratorio y enviarlos a la Jefatura de Sanidad / Consejería de Salud.

En el caso del médico titular se le dedica a pasar las consultas de beneficencia, hacer algunas inspecciones rutinarias relacionadas con las licencias de apertura de viviendas, locales e industrias y en algunos casos a realizar los reconocimientos médicos escolares, encuadrados o no en los nuevos Programas de Salud Escolar.

En resumen, **se produce un desplazamiento del sanitario local de las funciones clásicas de salud pública que tenía encomendadas.** Aunque hay que considerar el grado y modo de

cumplimiento anterior de estas funciones por parte de algunos Sanitarios Locales para justificar o no este desplazamiento por parte de los ayuntamientos.

3. Los Sanitarios Locales y las nuevas administraciones ambientales (Agencia de Medio Ambiente, Concejalías de Medio Ambiente).

Siguiendo el modelo americano de la E.P.A., empiezan a crearse, a partir de mediados de los 80, Agencias de Medio Ambiente en algunas Comunidades Autónomas (Andalucía, Murcia, Madrid, etc) que absorben los servicios y recursos de vigilancia y gestión ambiental de otros departamentos (Obras Públicas, Industria, Agricultura, Política Territorial, etc).

Ciertas competencias y funciones de vigilancia ambiental que clásicamente eran del sector sanitario van a ir transfiriéndose a las Agencias. Así uno de los principales instrumentos con que contaba el sector sanitario para las labores de Salud Ambiental como es la gestión del Reglamento de Actividades Molestas, Nocivas, Insalubres y Peligrosas (RAMINP), es transferido en 1.986 desde la Consejería de Salud a la de Ordenación del Territorio y desde ésta a la Agencia de Medio Ambiente (A.M.A.). La Ponencia Técnica de la Comisión de Calificación de Actividades, único organismo multiprofesional, multidepartamental e intersectorial para la atención al medio, no vuelve a convocarse y ni a reunir a sus miembros.

La A.M.A., va renunciando a ser un organismo aglutinador de diferentes enfoques profesionales de la atención al medio, predominantes hasta entonces en diferentes Consejerías, que hubieran posibilitado un acercamiento multidisciplinar a los problemas medio ambientales a partir de los recursos técnicos propios de la administración autonómica.

En vez de ello se va construyendo alrededor de un referente profesional dominante: el de los Ingenieros de Caminos, Canales y Puertos e Industriales. El enfoque sanitario queda excluido de los grandes planes de atención al medio (P.I.A.M., PCARSU, PCARI, etc).

La administración sanitaria consiente estas situaciones debido al progresivo abandono de su interés sobre el medio (que pasa a ser un asunto de la A.M.A.) priorizando por encima de todo la gestión de recursos asistenciales. Esta delegación absoluta en la A.M.A., abarca no solo la vigilancia y la gestión de los riesgos ambientales sino también el estudio del impacto sobre la salud de estos riesgos que tampoco llega a ser abordado realmente por el sector sanitario, y lo que es más, tampoco por la A.M.A.

Paralelamente van surgiendo en los Ayuntamientos Concejalías y Areas de Medio Ambiente, separados o integrados en la Sanidad Municipal, que reproducen el esquema de separación entre lo sanitario y lo ambiental antes descrito. Esto también tiene una traducción a nivel de la administración central con la descoordinación y duplicidad de actuaciones entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Dirección General de Medio Ambiente del

M.O.P.U.. Para ilustrarlo citaré tres ejemplos: El funcionamiento de dos redes paralelas de vigilancia de la contaminación atmosférica dependientes de cada ministerio, la descoordinación en el tema de los análisis y calificación de zonas de baño y algunas situaciones paradójicas creadas al encargar el M.O.P.U., estudios sobre calidad del agua de consumo a empresas privadas que luego recaban los datos de las Consejerías de Salud de las C.C.A.A.

En resumen, no solo los sanitarios locales son desplazados de sus antiguas funciones de vigilancia ambiental sino la propia administración sanitaria "se deja desplazar" del terreno que ocupaba con la Sanidad Ambiental. Este medio rebasa el interés del marco de lo que puede entenderse como mera competitividad interinstitucional o interprofesional sin más transcendencia, sino que supone el abandono del interés por lo ambiental en el sector sanitario y la falta de consideración del enfoque sanitario por parte de las nuevas administraciones ambientales.

4. Los Sanitarios locales y la Sanidad Ambiental ante el desarrollo del nuevo modelo de Atención Primaria.

A finales de la década de los 70 se impone un nuevo concepto de atención a la salud llamado "ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD" (A.P.S.) el cual va a ser la bandera de la Reforma Sanitaria de nuestro país en la década de los 80.

El concepto de A.P.S., recogido en la Declaración de Alma-Ata de 1.978 supondría a nivel conceptual un cambio radical con respecto al referente medio-asistencial hasta entonces imperante, y su aplicación real en nuestro país supone una apuesta fuerte al tener que admitir el sistema sanitario una serie de cambios estructurales y organizativos importantes para ponerlo en práctica. Esta puesta en práctica ha sido muy lenta en nuestro país y siguiendo la terminología de Donabedian (6) se ha centrado hasta ahora más en problemas de "estructura" (construcción de Centras de Salud, plantillas, etc) que de "proceso" (contenidos de trabajo) y "resultados" (elevación de niveles de salud).

¿ En qué ha afectado este nuevo concepto a la práctica de los sanitarios locales?. En algunos aspectos los sanitarios locales, especialmente los médicos titulares, estaban más cerca de la A.P.S., que sus colegas urbanos. Su atención a la comunidad era más integral al abordar también funciones de atención al medio y de prevención además de los asistenciales y en cierto sentido estaba más cercano de la comunidad al vivir en ella (aún manteniendo las distancias y las funciones de poder que antes apuntábamos). También en el medio rural el médico A.P.D., era "puerta de entrada única" al sistema sanitario.

Pero por otra parte, estaba muy alejado de otros aspectos, que el nuevo modelo proponía: trabajo en equipo, multidisciplinariedad, trabajo sobre programas, promoción de la autorresponsabilidad y la participación ciudadana.

El primer texto legal que intentó aplicar este nuevo concepto de A.P.S., es el Decreto de Creación de Estructuras Básicas de Salud (1.984) que contempla a los sanitarios locales como miembros del equipo de atención primaria (E.A.P.). Sin embargo a medida que se desarrolle el modelo solo se va a contemplar la integración del médico y A.T.S., quedando el farmacéutico y veterinario fuera del equipo, y secundariamente las funciones de salud pública que ellos venían desempeñando quedan fuera del ámbito del nivel primario de atención.

Así en el "Reglamento sobre Normas Básicas de Funcionamiento de los E.A.P., en la Comunidad de Madrid (1.988) se dice que el E.A.P., podrá contar como personal miembro o colaborador con veterinarios y farmacéuticos titulares... atendiendo a las especiales características de la Zona Básica de Salud". Posteriormente los proyectos de reestructuración de farmacéuticos y veterinarios titulares, sitúan a estos en el nivel de distrito, no en la zona básica, y por tanto desligados del E.A.P., y de su estructura física (el Centro de Salud). En el Decreto de reestructuración de farmacéuticos titulares (Julio 1.989) se le asigna a los farmacéuticos de distrito funciones de asesoría a los E.A.P.

Al estar fuertemente vinculada la profesión de farmacéutico y veterinario a las funciones de Sanidad Ambiental, Higiene Alimentaria y Control de Antropozoonosis, todas ellas encuadrables dentro de la "prevención primaria", lo que aparece como una reestructuración de recursos (cambio de partidos

veterinarios y farmacéuticos por equipos de distrito) con unos fines concretos, (separación de funciones de Salud Pública de la oficina de farmacia y de la clínica animal, fomento de trabajo en equipo, etc) trae como consecuencia la desvinculación de la prevención primaria de la atención primaria.

El Centro de Salud, siguiendo con su referente médico-asistencial, se centrará en la asistencia a la enfermedad, complementado con actividades de prevención secundaria, vacunaciones y fomento de hábitos saludables. El resto referido a intervención sobre factores de riesgo: Sanidad Ambiental, Higiene Alimentaria, Higiene de Vivienda, Salud Laboral, control de Antropozoonosis, etc, se desplaza a las estructuras de Distrito o Area.

Así se pasa de un extremo a otro: De concebir la Atención Primaria como depositaria omnipotente de múltiples intervenciones sanitarias (léase el título II del Reglamento sobre Normas Básicas de Funcionamiento de E.A.P.) y al E.A.P., como conjunto de "supermanes", a desvincular completamente la prevención primaria de la A.P.

Creo que no ha habido un diseño sobre qué funciones de Sanidad Ambiental, Higiene Alimentaria, Salud Laboral, etc, deben corresponder al nivel primario de atención y cuales son del nivel secundario (distrito sanitario). Por ejemplo es muy difícil que el E.A.P., lleve adelante por sí solo un programa de Salud Laboral, pero eso no significa que el E.A.P., se desentienda de la relación Salud-Trabajo.. ¿ Como figura la variable "profesión"

y "lugar de trabajo" en la historia clínica y otros registros?.
¿ Tiene el E.A.P. la dirección y el teléfono de la Inspección Provincial de Trabajo o del Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo para derivar un problema concreto de salud que requiere actuar sobre el riesgo que lo favorece desde el lugar de trabajo evitando "medicalizarlo" desde la consulta?, etc.

Otra consecuencia de la ubicación del farmacéutico y veterinario fuera del nivel primario de atención es la de dificultar que el Centro de Salud sea la **puerta de entrada única** al sistema sanitario que permite una visión integral de los problemas de salud. Las demandas de las poblaciones sobre problemas de salud relacionados con Sanidad Ambiental e Higiene Alimentaria, etc, ya no se recogen en el Centro de Salud sino en el Centro de distrito o en el Ayuntamiento.

5. La Adaptación de la profesión Veterinaria y Farmacéutica al nuevo objeto de trabajo y la entrada de nuevas profesiones en el campo Sanitario.

La disminución del peso del sector agropecuario y el paralelo aumento del sector servicios en nuestro país y especialmente en nuestra Comunidad ha traído consigo la necesidad de que la Veterinaria amplíe su objeto de trabajo, creándose a veces conflictos con otras profesiones, especialmente la farmacéutica, que siente invadido su campo de actuación.

La Veterinaria de Salud Pública quiere que su identidad

dependa cada vez menos de la vigilancia de riesgos derivados del ganado y animales domésticos, reivindicando el campo de la Higiene Alimentaria (más allá de los alimentos "de origen animal" que clásicamente ha sido su área de trabajo) y de la Sanidad Ambiental.

Por otra parte existe una **profunda desconfianza de la veterinaria frene a la profesión médica**, a la que ve como hegemónica y monopolizadora del campo de la Salud Pública. En este sentido juega la imagen histórica del Jefe Local de Sanidad que tenía que ser médico, con jerarquía sobre el veterinario y el farmacéutico. Este hecho dificultará la integración de estos profesionales y sus funciones en la estructura de Salud Pública tanto a nivel de servicios centrales como a nivel de los Servicios de Salud Pública de Area. El trabajar junto con médicos puede ser sinónimo de perder autonomía y estar bajo su autoridad. Esto lleva a reacciones defensivas, por lo que se contemplan a veces los Equipos de Salud Pública de distrito (identificados con las profesiones veterinaria y farmacéutica) desligados de la estructura de area de Salud Pública (identificada con la profesión médica). Incluso se llega a veces a hablar del "equipo de veterinarios" y del "equipo de farmacéuticos", abogando por organizaciones uniprofesionales, volviendo a confundir profesión con función y objeto de trabajo.

La administración sanitaria, evidentemente impregnada del referente médico, favorece estas reacciones corporativistas al encerrar a la profesión farmacéutica y veterinaria en sus

áreas clásicas de trabajo. Así los concursos para acceder a plazas en servicios de epidemiología o promoción de la salud están cerrados a estas profesiones y abiertos a la escala médica. A pesar de que en algunos de estos puestos (la minoría) se necesita un conocimiento sobre la clínica humana, en la mayoría de los casos no se justifica esta monopolización, más teniendo en cuenta la pobre formación pregraduada en salud pública del médico. El acceso a estos puestos de trabajo debe ser por tanto en función de la formación postgraduada y del curriculum de los técnicos de salud pública independientemente de su profesión.

La profesión farmacéutica por otra parte se ve desplazada del campo de la Sanidad Ambiental e Higiene Alimentaria no solo por los veterinarios sino por nuevas profesiones (biólogos, químicos, técnicos ambientales de F.P. 3, etc) que entran en el campo sanitario especialmente en el de la Sanidad Ambiental.

Además el referente medio-asistencial concibe al farmacéutico "pegado" al medicamento. Al perder la administración sanitaria el interés en la atención al medio ambiente y delegarlo a las administraciones ambientales, el farmacéutico se ve empujado a las áreas de trabajo relacionadas con el fármaco (ordenación farmacéutica, "uso racional del medicamento", etc). Este fenómeno está facilitado por su formación pregraduada.

Así se puede dar la paradoja de que después del esfuerzo de separar las funciones de salud pública del farmacéutico titular de la gestión de la oficina de farmacia, se utilicen estos

recursos para integrar las Comisiones de Farmacia o Medicamentos del Area, es decir, siga siendo el medicamento el centro de gravedad de la profesión farmacéutica.

Solo a través de la integración de estos profesionales en los Servicios de Salud Pública del Area y cambiando ciertos estilos y actitudes de trabajo que impiden trabajar en equipo, actuar sobre riesgos, intervenir mediante programas, desvincular profesiones de ciertas funciones o jerarquias, se conseguirá evitar que la reforma de la Veterinaria y Farmacia de Salud Pública se quede en una simple "Reestructuración de recursos". Y que se vuelva a reproducir el antiguo sistema de reparto de funciones según profesión: Inspección Médica - Inspección Veterinaria - Inspección Farmacéutica.

La lucha contra las actitudes corporativas también incluye el no vetar la entrada de las nuevas profesiones (biólogos, técnicos ambientalistas, etc) en el sector sanitario.

Madrid Agosto 1990

