

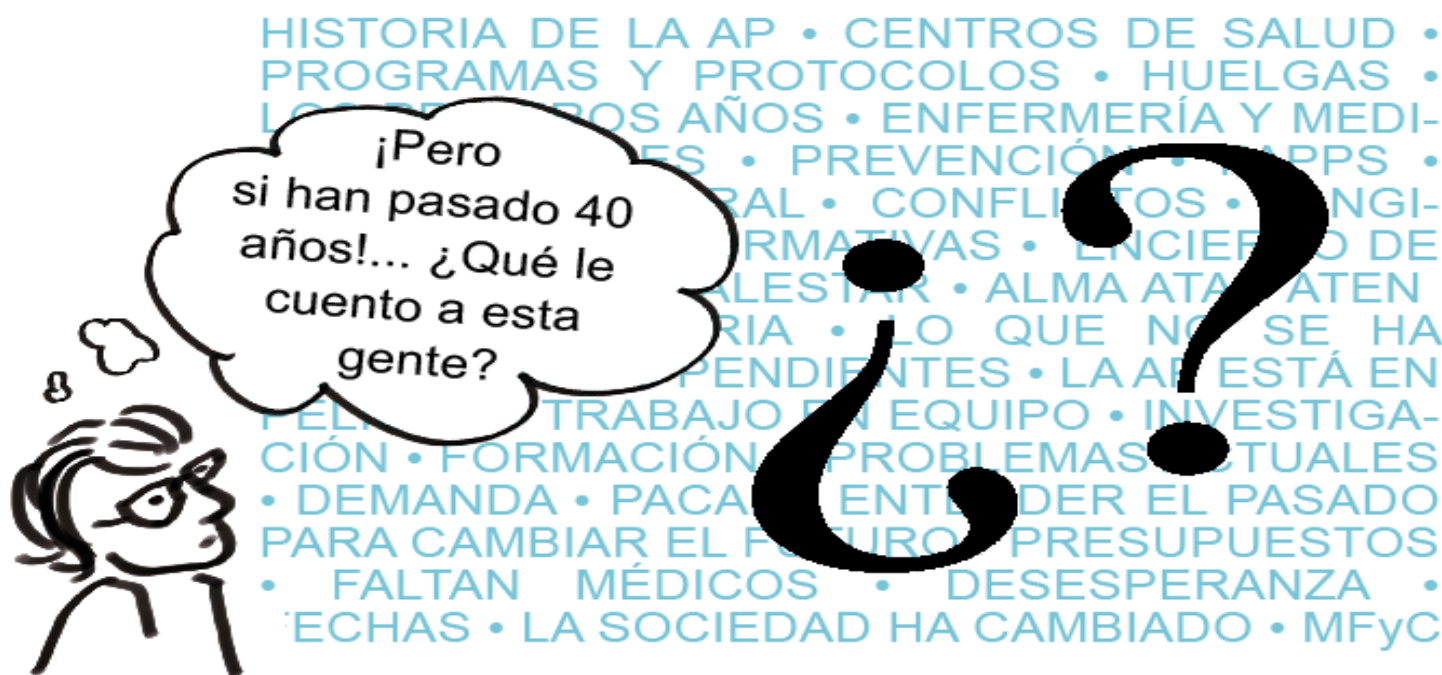
# La AP desde dentro

---

*Elena Aguiló Pastrana. Médica de familia y comunidad (MFyC). Trabajo como médica en un Centro de Salud en Madrid hace 26 años, y antes estuve unos años en tareas de promoción de salud en un Centro Municipal. Desde entonces valoro la interdisciplina, y el trabajo grupal y comunitario, que son déficits de la AP actual.*

*Pertenezco al equipo docente del Centro Marie Langer de Salud Comunitaria, que utiliza la Metodología de los Procesos Correctores Comunitarios (ProCC) para el estudio y abordaje de los malestares cotidianos. He contribuido a la creación y desarrollo del PACAP, (semFYC). Pertenezco a la JD de No Gracias.*

La Atención Primaria está cumpliendo ahora 40 años. Hace tiempo, en este mismo blog, Javier Segura nos compartía su análisis sobre la Atención Primaria, y me estimulaba a reflexionar sobre nuestra historia, que yo había vivido desde dentro. Han tenido que pasar casi diez años, y la invitación al II Congreso de La Cabecera en abril 2018, para que Javier y yo, que fuimos compañeros inicios de los 80, podamos unir nuestras miradas a la Atención Primaria (AP), y yo escriba mi visión de la historia de la AP en nuestro país. Aquí la traigo, con un poco de retraso.



De todo lo que se podría tratar hablando de la historia... Elijo **centrarme en tres cuestiones**:

Primero “Cómo era la AP antes de que existiera la AP”, como fue el sistema de salud del franquismo, mostrar cual era el **punto de partida de esta historia**, en los 70 y antes.

Después comentar **cómo fueron los inicios** de la AP, y para ello tomaré como hilo conductor la historia de la especialidad de los primeros años de la MFyC. Sé bien que no es lo mismo la Hª de la AP que la de la Medicina de Familia, pero creo que ésta nos será útil para explicar el proceso de la Reforma Sanitaria, en la década 80, finales 70 y los 80. Que nos puede servir para conocer algo del origen de lo de hoy.

Por ultimo quiero detenerme en lo que ha pasado desde entonces hasta hoy, mirando **por dentro** de los Centros de Salud. Ver el **impacto del pensamiento y las políticas neoliberales** en el desarrollo de los AP. Por fuera, los Centros de Salud no han cambiado demasiado... pero creo que, por dentro, en los asuntos más internos han ido sucediendo cosas, que me parece importante que veamos ...

## SISTEMA SANITARIO EN EL FRANQUISMO

No había: **Ministerio de Sanidad.**  
**Sistema salud único universal.**



Había: **Atención sanitaria diferenciada por categorías sociales.**  
**Intenso pluriempleo médico.**  
**Poder médico en Colegio de Médicos y Universidad.**  
**Hospitales públicos modernos, sistema MIR.**

**En el franquismo**, no había Ministerio de Sanidad.

Para la asistencia sanitaria existe una maraña de entidades mutualidades y administraciones diferentes, dependientes de diferentes ministerios, que ofrecían un conjunto asistencial muy fragmentado. Existe la Seguridad Social y la asistencia sanitaria para obreros y trabajadores con menos recursos, las Mutualidades de colectivos específicos, la Beneficencia para los pobres. Hay gente sin cobertura sanitaria (los funcionarios, hasta 1974), la APD para el medio rural.

Toda esta maraña luego sería necesario modificarla si se pretendía constituir un sistema nacional de salud

Había un intenso pluriempleo médico. Los médicos compatibilizan múltiples puestos de trabajo en distintos lugares y entidades, más la consulta privada.

El poder médico está básicamente en manos de Colegios de médicos y las cátedras universitarias.

En los 60 se inicia el desarrollo de los grandes hospitales de la Seguridad Social. Con ellos, el Sistema MIR (Médicos Internos y Residentes), que en los 70 mantienen una intensa lucha por lograr una vía única de acceso a las especialidades médicas y acabar con la arbitrariedad y deterioro del sistema previo. Al final de los años 70 la huelga de la Coordinadora Estatal MIR consigue terminar con la arbitrariedad y que sea eliminada la otra vía de conseguir titulaciones de especialidades médicas en 2 años por inscripción en los colegios de médicos.

La **Atención sanitaria extrahospitalaria** en el franquismo se presta en los consultorios y ambulatorios de la Seguridad Social.

Un **CONSULTORIO** de la seguridad social tenía varias consultas médicas, y un servicio de practicante para poner inyecciones.

Tres médicos usaban el mismo despacho o sala de consulta en la mañana (8.30, 10.30,12,30). y otros tres por la tarde (3.30, 5.30, 7.30). Se daban números de orden para pasar a consulta en los primeros 30 minutos. La dotación era de “mesa vacía”: el fonendo de cada médico y un esfingo, y los talonarios de papel: recetas, partes de baja, P10 (parte de consulta y hospitalización). Camilla apenas se usaba. No hay lavabo. No hay silla para el paciente. A menudo no se cierra la puerta. No es raro que el médico fume en la consulta.

Suele existir una figura femenina sentada en la consulta, al lado del médico (casi siempre eran médicos varones) que, hacía funciones de auxiliar de consulta, rellena los talonarios que luego el médico firmaba, y tomaba la tensión. La gente decía entonces “su enfermera”, asociando ese lugar a la figura auxiliar del médico, y completamente subordinada.

No se usaban prácticamente historias ni anotaciones, el paciente llevaba los cartones de los medicamentos que pedía. La asistencia estaba organizada por cupos que contabilizaban las cartillas familiares (asegurados y beneficiarios). Muchos de estos términos y prácticas, están hoy todavía en la memoria de sectores importantes de la población.

Los médicos generales apenas tenían acceso a algunas pruebas como Rx de huesos o tórax, y una fórmula y recuento hemático, urea y ya no recuerdo si también glucemia; prácticamente para cualquier estudio tenía que remitir al paciente a las consultas del especialista del ambulatorio, tan masificadas como las suyas.

## ATENCIÓN SANITARIA EN EL FRANQUISMO

Consultorios.

Ambulatorios.

Hospitales.



Los **AMBULATORIOS** eran la red de centros de Especialidades de la Seguridad Social. prácticamente para cualquier estudio tenían que remitir al paciente a las consultas del

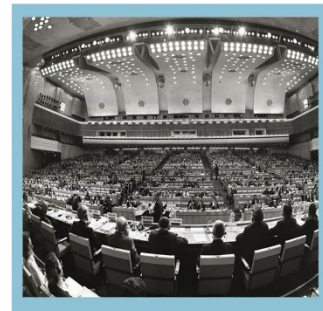
especialista del ambulatorio, poniendo el nombre de la especialidad de destino en el pequeño volante p10. “pulmón y corazón”, “neuropsiquiatra” “endocrino” ... Nada más.

Claro, frente a esta deficientísima asistencia sanitaria extrahospitalaria, el prestigio del **HOSPITAL** era enorme, su tecnología y su modo de hacer era la máxima expresión respecto a calidad de la asistencia sanitaria. Así piensa todo el mundo, la población y todos los profesionales. Por ejemplo, nosotros, que éramos estudiantes de medicina en los años 70, al rotar en el hospital, percibíamos como aquello era el único lugar donde había una atención adecuada, pero el paciente salía fuera del hospital, ¡y esto lo remarcan mucho las enfermeras!, a las pocas semanas el mismo paciente ingresaba de nuevo... y así, una y otra vez. Inevitablemente. No había nadie fuera para sostener la atención a la enfermedad crónica.

Toda la atención, por supuesto, se basa en la demanda. Viendo todo aquello, **era fácil percibir que era urgente reformar ese sistema** ... imaginar una atención programada orientada a las necesidades, la atención materno infantil, y el control de las enfermedades crónicas. Hay que pensar que no había nada de eso.

## 1978. CONFERENCIA DE LA OMS EN ALMA ATA

- Crítica al hospitalocentrismo.
- Propuesta de reorientación de los sistemas sanitarios  
>>> centrarse en la AP.
- Modelos de orientación salubrista.



Una primera consecuencia en España:  
nace la especialidad en MFyC.

La **Conferencia de OMS en Alma Ata** dio cauce a las críticas de ámbitos internacionales respecto al crecimiento de los sistemas sanitarios alrededor de los hospitales y la especialización médica (crítica al hospitalocentrismo). Se genera desde modelos de orientación salubrista entonces predominante, que proponen una reorientación se los sistemas sanitarios centrados en la Atención Primaria.

En España, una primera consecuencia de Alma Ata: nace la especialidad de medicina familiar y comunitaria. El ministro de sanidad asiste a la conferencia de la OMS en Alma Ata y vuelve convencido de la importancia de la APS. Pocos meses después el Ministerio publica un RD (3303/1978) que regula la **MFyC como especialidad de la profesión médica**. Es decir que el proceso de reforma sanitaria en España empieza construyendo un conjunto profesional, los primeros residentes de una especialidad nueva y desconocida, y todo lo demás se fue haciendo

posteriormente. Por eso voy a tomar el proceso de la especialidad MFyC como eje de esta parte de mi intervención para entender los inicios de la AP.

La primera actuación normativa tuvo que ver con la aparición de esta titulación, y están recientes las luchas de los MIR por una vía única de acceso a las especialidades médicas. Hay apoyo a otras iniciativas “modernizadoras” de la formación médica, como las Universidades Autónomas, y también posiciones de resistencia de la organización médica colegial, y del M<sup>o</sup> Educación y las universidades que regulan la expedición de las titulaciones. Junto con el título va el acceso a un puesto de trabajo, y al mismo tiempo, el que se haga realidad **una reforma sanitaria que se prometía y no se terminaba de concretar, por su complejidad normativa, y también por las resistencias de múltiples sectores y colectivos.**

Así que el periodo del 1978 a 1984 fue un periodo lleno de tensiones y conflictos: La improvisación de las rotaciones hospitalarias de los nuevos residentes y la incertidumbre sobre las características del tercer año, específico de la nueva especialidad, se sumaban a las tensiones políticas, y las resistencias al cambio de modelo sanitario, que aún estaba políticamente por definir... el Gobierno está en manos de UCD, un partido centrista. Hubo múltiples reuniones y colaboraciones con la administración (de las que fueron fruto el libro verde y libro azul de la medicina familiar y comunitaria, y las primeras jornadas de residentes en el ministerio),

Había promesas de reforma sanitaria, y a medida que avanzaba el tiempo y no se concretaba, y por el contrario se percibían retrocesos ante las demandas de otros colectivos profesionales, como la entrega del título de MFyC a los médicos titulares... era tiempo de huelgas y encierros, de reivindicar centros de salud y reforma sanitaria, siempre con el temor de que no se lograra ningún cambio...

## DE 1978 A 1984, SEIS AÑOS:

Una reivindicación: “Queremos centros de salud.”

Un temor: “Esto se queda en nada.”

Reuniones, huelgas de residentes, muchas tensiones y conflictos x título de MFyC...

1982: El encierro, aval de OMS.

1984: RD 137/1984 Estr. B.Salud.



Lo que dice el periódico es...

## Huelga de médicos de familia contra la paralización de la reforma sanitaria

Jesús De Las Heras. El País. 28 mayo 1981

Hoy comienza la huelga que, durante tres días seguidos, mantendrán los médicos que, en calidad de residentes en hospitales, cursan la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, creada en 1978.

El número de futuros médicos de familia acogidos al seguimiento de esta especialidad, según lo reglamentado por real decreto de 1978 es, aproximadamente, de ochocientos. **La primera promoción realiza actualmente su último curso de especialidad.**

La huelga convocada tiene por finalidad reclamar al Gobierno una clarificación de la reforma sanitaria y de la medicina extrahospitalaria. Mientras que el Gobierno ha reiterado que la asistencia sanitaria en el escalón primario es pieza clave de la reforma y que, en tal sentido, los especialistas de medicina familiar y comunitaria constituirían el contingente humano de base para realizar dicha reforma, los médicos que eligieron esta especialidad no advierten síntomas de esta puesta en marcha de tal proyecto, sino, al contrario, de medidas regresivas.

Citan al respecto el reciente real decreto, de 1981, por el que **se otorga el título** de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria a todo aquel que pertenezca al Cuerpo de Médicos Titulares, lo cual se entiende como una consolidación, lejos de una reforma de la estructura actual de asistencia médica primaria.

Queda claro que la cuestión de las titulaciones fue fuente de muchos conflictos con otros colectivos médicos, por concepciones e intereses contrapuestos. Y la desconfianza del colectivo de especialistas MFyC en que la reforma que veíamos tan necesaria se realizara realmente...

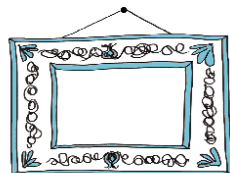
En 1981 Intento de golpe de estado militar.

Y finalmente en 1982 residentes de todo el Estado, recién terminada la especialidad realizan un encierro en el colegio de médicos de Madrid de pidiendo la creación de Centros de Salud. **Obtienen el aval de la OMS** a sus reivindicaciones y la administración asume el compromiso de creación de 50 unidades piloto, lo que fue superado por la realización de la reforma (1984, RD 137/1984). Meses después, mismo año 1982, victoria del PSOE sobre UCD en las elecciones generales. **En 1984 se publica Real Decreto 137/1984, sobre Estructuras Básicas de Salud**, estructura, funciones, organización... prácticamente hoy los CS se rigen por esta norma.

Sobre este momento histórico, hay una Tesis Doctoral titulada “El proceso de especialización en medicina familiar y comunitaria en España. Cambios profesionales en la década de 1980”, (A. Fajardo 2007) donde se hace una profunda revisión de ese periodo instituyente de la APS en España. Señala su autora cómo la especialidad de medicina familiar y comunitaria para desarrollarse como tal, **se ha caracterizado por apoyarse más en elementos institucionales y discursivos, que propiamente tecnológicos**. La MFyC es una especialidad que se ha construido más SOBRE UN ROL que sobre un sistema anatómico o el manejo de una determinada tecnología. Señala Angélica Fajardo que ese rol se entendía como un “agente de cambio social, e impulsor de una transformación para reorientar el sistema sanitario hacia la sociedad”, y eso tuvo un peso singular en la construcción de esta especialidad. Primero en la presión sostenida hasta la publicación del RD de 1984, y después de esa fecha para la puesta en marcha de los CCSS. De modo que **ese conjunto de VALORES fue lo que dio cohesión y protagonismo al colectivo, y empujó para la implantación de un nuevo modelo de APS en España**.

La cuestión de los valores  
en la construcción de la especialidad.

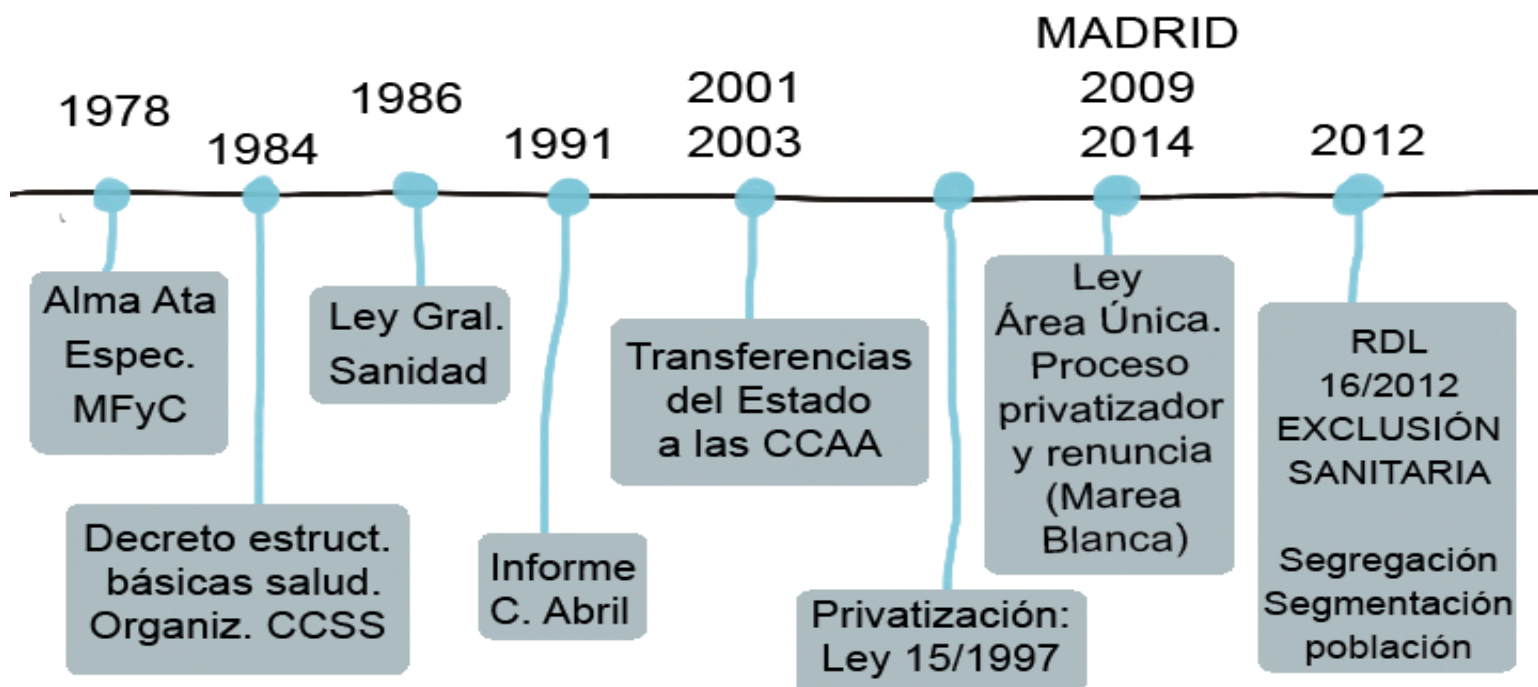
Elementos discursivos de la MFyC.



Y me parece importante AHORA PRECISAMENTE resaltar esta cuestión de los valores y del enfoque específico de la AP, pues estamos ante **nuevos cuestionamientos y un renovado hospitalocentrismo** en el sistema sanitario.

**Hilo del tiempo con algunos hitos importantes de la Hª AP en España:**





En 1978 la conferencia de Alma Ata y en España la creación de la especialidad de MFyC, en 1981 Intento de golpe de estado militar, 1982, victoria del PSOE sobre UCD. Entre 1984 y 1986 Ley de Régimen Local, Decreto de estructuras básicas de salud y Ley General de Sanidad. El proceso de Transferencias a las comunidades Autónomas (las competencias en asistencia sanitaria se completan en 2003)

Enseguida vemos que, con un **punto de inflexión con el Informe Abril** vemos que en esta historia y en esta sucesión de hitos **hay cosas como de distinto signo**, están los procesos de privatizaciones en el sector público... o el decreto de exclusión sanitaria... Hay claramente en esta sucesión de hitos, fenómenos de distinto signo, y requiere de alguna explicación.

Juan Irigoyen nos explica que la historia de AP ha sido condicionada por unas fuerzas de dirección antagónica. Irigoyen ha escrito que la AP en España se ha constituido como resultado de fuerzas coincidentes y antagónicas en un momento histórico particular.

1. La concepción de tipo salubrista sobre la asistencia sanitaria que dan lugar a la conferencia de Alma Ata, y la diferente influencia que tuvo la conferencia en los distintos sistemas sanitarios en todo el mundo.
2. El pensamiento neoliberal, que es un cambio radical del pensamiento político, económico y social, vivido desde la década de los 1980.

Y que inciden en España en un **momento histórico** muy especial, con el declive del periodo franquista. ¿Qué pasa en España? Aquí no había habido un estado del bienestar, la posguerra española y la europea fueron muy diferentes. Europa tuvo 30 años de prosperidad y crecimiento económico sostenido, construyéndose buenos servicios públicos; el paradigma emblemático de servicios de salud había sido la construcción del NHS británico.

Eso que fue llamado también “**estado del bienestar**”, **prácticamente no existía en España** y con la desaparición física del dictador, era el momento de los **anhelos ciudadanos de cambio** y colocarse a nivel del resto países europeos a nivel de servicios públicos y de derechos.

Pero **el fin del franquismo en España coincide con el inicio del pensamiento y las políticas neoliberales en todo el mundo**. El liberalismo va modificando los discursos predominantes. Y aunque las dos fuerzas irán actuando e influyendo en el proceso de implantar los primeros Centros de Salud, y en los discursos profesionales que se fueron construyendo... **las políticas salubristas han tenido una influencia menguante, y las neoliberales y tecnocráticas una influencia creciente en el proceso** que se empezaba a construir.

Juan Irigoyen ha escrito que la AP en España se ha constituido como resultado de fuerzas coincidentes y antagónicas en un momento histórico particular.



Aunque en España la coincidencia de estos dos procesos globales con la descomposición del franquismo, supusiera **un momento favorable a la construcción de un modelo asistencial basado en la AP**, como hemos descrito, Irigoyen afirma que ya el modelo inicial español de CS es **ya un modelo híbrido entre el modelo APS y el modelo biomédico tradicional**.

De las propuestas de la concepción de Alma Ata algunas fueron recogidas y otras quedaron relegadas, lo que señala Mirtha Cucco cuando habla de **los vacíos teóricos, metodológicos y prácticos en algunas áreas del desarrollo de AP** (como la intervención comunitaria, el desarrollo del protagonismo y la participación de la población, la interdisciplina y concepción integral de la salud, el trabajo de equipo...)

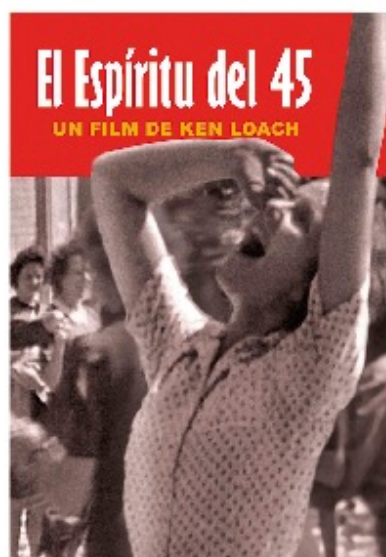
Importa detenerse a ver el pensamiento que sostiene las dos fuerzas, que **son dos lógicas antagónicas, y que van a tener efectos en la historia AP y los centros de salud**. Y necesitamos

identificar sus diferentes influencias en nuestra realidad cotidiana, y los cambios en la historia más reciente de los Centros de Salud.

**POR UN LADO, La construcción del estado del bienestar** en Reino Unido, al terminar la guerra contra Alemania en 1945. Y es un MODELO DE SISTEMA SANITARIO... en el que se considera que la protección a la salud ES un derecho. Y que está basados en las necesidades de las personas y sostenidos por solidaridad entre generaciones, individuos y clases sociales.

**Y POR EL OTRO LADO las políticas neoliberales** que en todo el mundo se oponen y quieren desmontar los estados del bienestar, particularmente en Europa, que es donde existieron alguna vez, se orientan a favorecer el libre MERCADO y la rentabilidad económica empresarial, y consideran que el papel de los Estados es facilitar el crecimiento económico y no deben interferir en el mercado, sino suprimir los mecanismos regulatorios previos.

## DOS FUERZAS BASADAS EN DOS LÓGICAS ANTAGÓNICAS



<<<  
De la construcción  
de los estados  
del bienestar,

a la aplicación  
de políticas  
neoliberales.

>>>



En la imagen, la portada del libro LA NUEVA RAZON DEL MUNDO, Laval y Dardot, sociólogos franceses que escriben un ensayo (un ensayo crítico, para comprender mejor) sobre la sociedad neoliberal. Ellos **nos explican enseguida que El neoliberalismo no gobierna principalmente a través de la ideología, sino a través de la presión ejercida sobre los individuos por las situaciones de competencia** que crea. Esa “razón” es mundial por su escala y “hace mundo” en el sentido de que atraviesa todas las esferas de la existencia humana sin reducirse a la propiamente económica.

Esto es algo importante y no se suele prestar atención. **Todo el mundo sabe que el neoliberalismo es una corriente de pensamiento económico** que ha dado lugar a unas políticas económicas globales de reducción del gasto público que se han extendido por todo el planeta en los últimos 40 años, pero ellos insisten en **que el neoliberalismo es, ante todo, una**

**RACIONALIDAD, una lógica global, y que, en consecuencia, tiende determinar** no sólo la acción de los gobernantes, sino **también la conducta de los propios gobernados.**

Y ante el choque de estas dos racionalidades dejo aquí una frase de T Hart, que me parece clave:

*Aquello que posibilitó el NHS en sus inicios, fue UNA IDEA COMPARTIDA DE SOLIDARIDAD. Si esta idea acaba siendo sustituida por el consumismo, el NHS habrá perdido sus cimientos.*

Tudor Hart



T. Hart dice que “El consumismo es malo para los pacientes, malo para la salud de la población, y malo para las personas que trabajan en el servicio”. Nos advierte del peligro de perder los valores de la solidaridad de los servicios públicos, cuando se extienden las políticas liberales. Que en Reino Unido han atacado a fondo los cimientos del NHS.

**El liberalismo crea la llamada Nueva Gestión Pública o GERENCIALISMO**, para gestionar los servicios públicos, igual que se gestionan las empresas privadas.

En el libro “La nueva razón del mundo” Laval y Dardot explican cómo opera la Nueva Gestión Pública (NGP). Difundida con fuerza en todo el mundo, se presenta como una nueva forma gestión, útil para todos los sectores, desde la universidad al ejército, o la gestión de hospitales y centros sanitarios. Por medio de una repetición de su discurso aparece como una racionalidad neutra y desprovista de ideología. Es **destacable su potencia y las escasas resistencias que genera a pesar de sus efectos destructivos en los servicios públicos y el bienestar colectivo, lo que Laval y Dardot llaman “SU RELATIVA INVISIBILIDAD”**. Por eso es tan rápida y universalmente aceptada en todo el mundo, incluyendo los sectores que van a ser perjudicados por su aplicación ... Tropezó con pocas críticas y oponentes. **Es una lógica muy eficaz,**

debilitando las resistencias éticas y políticas en el sector público, y el asociativo. Quien no la comparte queda descalificado como antiguo y burocrático.

## LA NUEVA GESTIÓN PÚBLICA. GERENCIALISMO

- Se presenta como una racionalidad neutra y sin ideología.
- Fragmentación del Servicio Público en unidades que compiten entre sí.
- Evaluación general y exhaustiva del rendimiento.
- Mide lo que interesa y lo que se ha reducido a ser medido.
- Registros ingentes, exigencia de aporte de datos.
- Aunque critica la burocracia, más bien la multiplica.

hh

Nueva Gestión Pública. Algunas de sus **características** (Tomadas de Laval y Dardot):

- La nueva gestión pública **trabaja introduciendo la fragmentación** (a menudo artificial en los servicios públicos) y **competencia entre esas mismas unidades** dentro de los servicios. Se basa en la **creencia en las virtudes de una EVALUACIÓN general y exhaustiva capaz de dar cuenta “racionalmente” y “científicamente” del rendimiento de los trabajadores.**
- Se mide aquello que interesa medir.
- Se mide aquello que previamente ha sido reducido a algo medible.
- Con frecuencia los registros manejan ingentes cantidades de datos... y su obtención y registro sobrecarga la propia actividad. La NGP critica insistentemente en su discurso el estado funcional, al que se considera viene a sustituir con eficacia, a la vez que precisa y consume ingentes cantidades de datos de indicadores y registros de producto. **De modo que, aunque critica ásperamente la burocracia en su discurso, en realidad la multiplica.**
- Laval y Dardot, señalan sus efectos en las organizaciones mediante el modo de utilización de la evaluación, y los incentivos, sus efectos sobre los valores del Profesionalismo que resulta uno de los valores venidos a menos, como el del servicio público;

(en general en el discurso neoliberal se difunde la desconfianza hacia que los agentes \_léase en este caso los profesionales\_ puedan entregarse a una causa general que fuera más allá de ellos mismos, y su propio interés económico). Con lo que cualquier valor de

solidaridad o profesionalismo queda descalificado y sujeto a sospecha.

Y así el Gerencialismo produce efectos sobre la acción profesional, y son **frecuentes los conflictos de valor el ejercicio profesional cotidiano.**

Otra cuestión importante, en el caso de España y los sistemas autonómicos de salud, es **que la aplicación de las formas de la nueva gestión se ha hecho sin cuestionar abiertamente el discurso y la concepción de Alma Ata:** los nuevos términos y valores de la NGP se van insertando en el discurso y los modos de hacer que existían previamente. Dice Irigoyen que en los últimos 20 años la APS ha venido siendo **reestructurada** sobre el molde empresarial.

Desde los primeros centros de salud, en 1984, los médicos y medicas de familia se meten en los CS, y también algunos miembros del colectivo toman el nuevo camino de la gestión. **Gestión** que, en los inicios, es una gestión más bien amateur, y después más gerencial, inspirada en los principios globales de la NGP, de modo que han determinado la realidad cotidiana de los Centros de salud y sus “asuntos internos”

Inicialmente, denominados, Equipos de atención primaria, tienen una figura llamada Coordinador@. Las figuras jerárquicas superiores se llaman coordinadores de equipos.

En los inicios implantación de los CCSS existen **Equipos directivos pequeños.** Los equipos directivos se ven necesarios por la **interlocución con el hospital.** A menudo existe **cercanía** entre las personas que ocupan los puestos directivos y los EAP. Existe en los primeros años una **generalizada motivación** por la puesta en marcha del modelo AP, que se valora como de superior calidad, por su mera aplicación, comparado con el modelo previo (tradicional). Se percibe una gestión relativamente más horizontal. Inicialmente no se aplican otros sistemas de incentiviación.

Las **Historias clínicas** son inicialmente en papel, con el objetivo de recoger la información necesaria para la atención sanitaria. La **evaluación** de la actividad EAPs: Se evalúa en una jornada conjunta (personas del equipo de AP y equipo directivo) mediante muestreo de Hª CS. El objetivo principal que se busca es la **extensión de un modelo** de práctica profesional, acorde con la idea de APS.

### **Con la Gestión gerencial, GERENCIALISMO**

- Equipos, nos llamamos igual.
- Director@. Profesionalización Eqs. directivos. Mayor jerarquización y gestión más vertical de los profesionales. Evaluación individual. (además de centro y área)
- Historias clínicas informatizadas.
- Evaluación de forma automática a partir información obtenida del registro clínico del universo de pacientes. El registro paulatinamente **va tomando una importancia relativamente mayor la función de ser la fuente de evaluación de los profesionales,** que la fuente de datos para atender a quien consulta. Evidentemente el registro tiene las dos funciones y las dos son necesarias. Pero se va produciendo un desplazamiento en el sentido que digo.

- Porque al mismo tiempo, según se van extendiendo los modelos de gestión gerencial-empresarial, **aparecen los sistemas de incentivos ligados al desempeño, medido con determinados indicadores**. Esto determina de algún modo las prioridades de los profesionales sanitarios. Empezamos a decir indistintamente “este año nos evalúan...” “lo que hay que hacer “. Y yo considero que tiene **efectos secundarios en la acción profesional**. Por ejemplo, **está muy estudiado en la literatura que se evalúa lo que resulta fácil de medir**. Se descuidan o se dejan de hacer actividades no incentivadas. Mucha evidencia proveniente del Reino Unido.

Es decir que se han ido produciendo poco a poco, en los últimos 20 años de la historia de los Centros de Salud, **Algunos efectos sociológicos y profesionales que merecen reflexión sobre la AP actual**. Efectos sobre

- ❖ Los profesionales
- ❖ La población
- ❖ Las políticas públicas y el profesionalismo

Veamos en primer lugar los efectos sobre nosotras, las y los profesionales. Según el modo en que somos profesionalmente dirigidas, incentivadas, motivadas, en definitiva, gestionadas...

## Algunos efectos sociológicos y profesionales en la AP actual: los profesionales

Evaluación individual automática. Historias clínicas y registros. Sistemas de incentivación ligados a indicadores del desempeño.

Los valores humanistas. Conflictos de valor.  
Gestión de la sobrecarga y uso del tiempo.  
Atención aspectos biográficos, narrativa. Vínculo.  
Atención al modo de vida y factores sociales.

Además de lo ya comentado sobre los registros y las evaluaciones informatizadas con cuantificación que llega al nivel individual... hay otros efectos.

**Deterioro de la utilidad clínica de las historias.** Las historias clínicas, que se convierten en entidades que consumen ingentes cantidades de datos, que debemos aportar las profesionales. Y, como las historias son recopilatorios de datos, se hacen difíciles de manejar por su volumen

y desorden, y muchas veces pierden utilidad como herramienta de atención a la persona. Porque el trabajo de mantener una historia clínica funcional, es un trabajo que lleva su tiempo y su cuidado, y es muy frecuente que cómo no es una tarea medida ni evaluada, quede descuidada.

**Tendencia a descuidar valores humanistas que pueden perderse en el fragor del trabajo diario, que se va fraccionado** en muchísimas instrucciones de práctica asistencial, heurísticos y atajos mentales. **Los profesionales de AP**, que aportamos en nuestros ordenadores muchos datos, rellenamos formularios y seguimos protocolos, cumplimos infinidad de instrucciones, que a veces nos parecen poco relevantes, a **menudo sentimos el conflicto de no hacer bien cosas que si consideramos propias de nuestra tarea profesional.**

Aquí puede ser de interés explicar lo que Laval y Dardot señalan: que precisamente una clave del gerencialismo es **la gestión de las situaciones de sobrecarga** ya que, en esas situaciones de sobrecarga y de conflictos con el uso del tiempo, es cuando se ponen en cuestión los valores profesionales. Me parece muy importante que los profesionales pensemos en los valores que entran en contradicción, y es fácil que se soslayen, cuando son valores que son importantes. De estos valores que son importantes y que sin embargo quedan relegados están:

- Atención a lo **biográfico, a la narrativa. A la escucha y comprensión de la situación de la persona, al cuidado del vínculo humano.** El vínculo No es un “adorno emocional “de la asistencia sanitaria, sino una herramienta de trabajo esencial en AP.
- Atención al **modo de vida y los factores sociales. Atención a las desigualdades, y tratar de acercarnos a la equidad** (recordando existe la ley de cuidados inversos)

Ya que recordamos a *J T Hart*, autor de esta ley, también nos dice:

*“Si los factores sociales influyen en la enfermedad a escala comunitaria los profesionales de AP deben interesarse por ellos como una parte más de su trabajo, igual que la hipertensión, no como un fleco de interés para algunos o ignorado por otros”*

La importancia de los factores sociales no queda solo soslayada por nuestra falta de tiempo, o porque estemos atentas a registrar lo que nos piden. Es algo más complicado. Patrick Hutt, citado por Minué, dice lo siguiente,

*“... Los médicos preferirían pensar en el nivel de glucemia, antes que en las circunstancias de la vida de un paciente. Las razones son evidentes: habitualmente la ciencia (médica) es relativamente simple y rápida, mientras que los asuntos sociales llevan tiempo y energía; los resultados no pueden ser fácilmente medidos. Pero lo social tiene mayor importancia de la que queremos otorgarle”.*



## Algunos efectos sociológicos y profesionales en la AP actual: **la población**

Influencia directa en la opinión pública.

Uso de estrategias del miedo.

Invencción de enfermedades (*disease mongering*).

Sobrediagnóstico. Sobretretamiento.

Yatrogenia. Dependencia.

**El beneficio económico en el mercado sanitario es independiente de la atención a las necesidades.**

**Para contrarrestarlos, se necesita la AP y un vínculo fuerte.**

En el sector salud, los efectos de las corrientes neoliberales se expresan en dos direcciones: hacia el sistema sanitario, y hacia la población, **puesto que los intereses mercantiles globales actúan influenciando directamente a la población**, como opinión pública. La Población: ya no es entendida como **ciudadanía con derechos y usuaria de servicios, en función de las necesidades**. Pasa a ser entendida **como cliente-consumidor**. Y el consumismo sanitario puede ser incentivado según los intereses del mercado. El complejo industrial sanitario, la industria farmacéutica, y las aseguradoras privadas tienen una inmensa capacidad para influenciar a la población, a nivel global, mundial; lo hacen con la presentación mediática a la opinión pública de mejoras tecnológicas en diagnóstico y tratamiento, que coloca a los ciudadanos en estado favorable para demandar las nuevas ofertas del mercado de la salud.

Esto se hace mediante la inyección de **miedo como estrategia** que promueve que la población desee medidas preventivas (vender fármacos, seguros, medidas preventivas, estudios y pruebas médicas sin evidencia de efectividad y si de yatrogenia, alimentación, negocios del bienestar ...) **Se necesita una posición ética frente a la medicalización y sobrediagnóstico que hoy genera el propio sistema sanitario**. La invención de enfermedades, porque el sobrediagnóstico y el sobretratamiento producen mucho beneficio a algunos, aunque producen un importante daño a la población y detraen gastos que podrían hacerse en cosas necesarias.

**Y se necesitan profesionales que se ocupen de defender a nuestros pacientes de ella**. Las recomendaciones No hacer, des-prescripción, prevención cuaternaria, que es proteger de yatrogenia. En lo pequeño y en lo severo... Tenemos el ejemplo de los fármacos antineoplásicos

de altísimo coste y que son usados en los últimos 6 meses de vida de muchos pacientes oncológicos, a menudo con tratamiento activo hasta el mismo momento de la muerte del paciente. Y ello no está basado en los intereses de los pacientes, ni de su calidad de vida.

Decía Sergio Minué que hacen falta profesionales dispuestos a tener conversaciones difíciles, con sus pacientes, y esto no es tan sencillo como cumplimentar un protocolo, aunque es imprescindible, y es tarea de los y las profesionales de AP. **Para defender a nuestros pacientes de la MEDICALIZACIÓN, hace falta un vínculo.** Solo una profesional con formación y actualización exigentes (no que siempre más tratamiento es mejor), más la confianza construida durante años puede ser escuchada por una persona o su familia en esas situaciones dramáticas... **y ese lugar es el de la medicina y enfermería de familia.**

Es importante señalar y no perder nunca de vista, que el mercado y el beneficio empresarial funcionan bien y cumplen sus objetivos cuando son usados las tecnologías y servicios, **independientemente si son necesarios o no, si generan beneficios en salud, si producen yatrogenia o si quedan bolsas de personas sin servicios básicos.** Esto es patente en nuestra sociedad española, después de 2012 y el RD16/2012: y como sociedad en conjunto, vemos sin escándalo que sectores (incluso grandes sectores) de personas queden sin atención sanitaria, sin disponer siquiera de atención básica.

Y por último quiero decir algo sobre sus efectos sobre las Políticas públicas y el profesionalismo.

### 1. Presupuestos decrecientes.

Como dice el Colectivo Silesia, “si quieres AP dímelo en los presupuestos”. Menguantes desde hace 10 años y no lleva tendencia de modificarse. Sin embargo, nuestros políticos repiten que la AP es el centro del sistema. Denunciar sistemática y colectivamente esta falsedad, y las causas y consecuencias de la “guerra latente” que asfixia la AP, desde las políticas públicas. Ahí la cita del responsable de OPS. “Una prioridad política sin respaldo presupuestario no es una prioridad política.”

He puesto la conocida imagen de la serpiente de los presupuestos comparativos de AP y A. Especializada, de J Simó. Los presupuestos de AP y la atención hospitalaria que hasta 2007-8 llevan un cierto paralelismo, se van distanciando “abriendo la boca de una serpiente”.

La serpiente de los Presupuestos cada año abre más la boca en el conjunto del gasto sanitario público. Es decir, cada año que pasa, el gasto en Atención Especializada (AES) crece más (o decrece menos, durante la crisis) que el gasto en Atención Primaria (APS). Desde 2003, todo el peso que ha perdido el gasto en farmacia de receta dentro del gasto sanitario público se lo ha comido literalmente el gasto en atención especializada. Nada, absolutamente nada, del supuesto “ahorro” en farmacia de receta ha ido a parar a la atención primaria. Y más, desde 2010, el gasto en especializada se come no sólo TODA la parte que cede el de farmacia de receta, también se come TODA la parte que cede el de atención primaria y TODA la parte que cede el resto del gasto sanitario público. Se alcanzan records de máximos en Atención Especializada, y de mínimos en APS año tras año a partir de 2012.

## POLÍTICAS PÚBLICAS EN AP Y PROFESIONALISMO

### Presupuestos decrecientes.

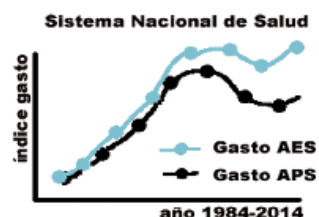
“Una prioridad política sin respaldo presupuestario no es una prioridad política.”

Rubén Torres

### Faltan médicos. ¿Es eso?

“El fin del petróleo barato en los recursos humanos en AP.”

Juan Simó



### Déficit reconocimiento AP.

Reducción capacidad de influencia política. Neohospitalocentrismo.  
Profesionales: saturación, desmoralización, resignación.

#### 2. Faltan médicos. ¿Es eso?

Escuchamos decir, cuando se buscan profesionales para sustituciones en los Centros por ausencia en vacaciones, bajas, etc... eso de que “faltan médicos”, y lo que no se dice tanto es **la precarización laboral** construida durante 20 años por la institución sanitaria, (construida del mismo modo que se ha construido todo el deterioro y precarización sufrido por las trabajadoras en toda la sociedad por las políticas neoliberales).

Y es que el sector público sanitario, sobre todo en **AP llevaba 20 años aplicando** lo que Juan Simó ha llamado extraer “petróleo barato”, NO sé si se entiende esta analogía de J Simó, sin haberlo leído o escuchado... Ha habido muchos años una **gran bolsa de médicos subempleados, muy precarios, que han permitido a la administración hacer unas políticas detestables** de contratación, con contratos de un día, o de lunes a viernes, y otros abusos y fraudes de la ley. Ahora ya no existe ese petróleo barato. Y se dice “faltan médicos”. Se necesita que la administración haga **políticas de personal que hagan interesante en trabajo en AP, cosa que hoy para nada sucede**. Y la administración tendría que estar tomando medidas ante las próximas jubilaciones de las MFyC que nos acercamos ya a esa edad, y la AP va a encontrarse con un grave problema que nadie, más que J Simó, que lleva años avisándolo, tome medidas que no sean mirar al techo y decir que es que no hay médicos.

¡Las residentes y las jóvenes promociones no quieren (y no van a tolerar) trabajar en las condiciones que hoy soportan sus tutoras! Y menos todavía si se les hacen contratos precarios. Y entonces **van a seguir eligiendo el hospital y las urgencias** como campo de trabajo, o marcharse como tantas se han ido ya a otros países, y así **la AP esta llamada a desaparecer, y a perder el recurso humano que con tanto esfuerzo ha formado en sus rotaciones y unidades docentes...**

#### 3. Déficit reconocimiento AP.

Existe una notable **reducción capacidad de influencia política de la AP.**

Para tener reconocimiento social hay que tener relatos de valor de la AP. Y sucede que existe el “descremado sociológico de la AP”, término que utiliza Juan Simó, para señalar que las clases dirigentes de nuestra sociedad no tengan contacto con AP y para ellos pensar en medicina es pensar en medicina especializada u hospitalaria: jueces, secretarios judiciales, profesores de todos los niveles educativos, investigadores, altos cargos de la administración central, mandos de cuerpos y fuerzas de la seguridad del Estado, oficiales de las fuerzas armadas, inspectores de trabajo y de hacienda, diplomáticos, etc. Esta dualización ha separado a la Atención Primaria de los grupos sociales que más podrían influir política y mediáticamente en conseguir mejoras. Existe una duplicación sanitaria, responsable de que las clases medias-altas, hayan tenido y sigan teniendo un acceso directo al ME sin paso previo por el MF. Gran parte de este acceso directo al ME se financia públicamente de modo directo (Mutualismo Administrativo) o de modo indirecto (incentivación fiscal de los seguros médicos privados).

**Estamos ante un nuevo Hospitalocentrismo**, puesto que en el hospital es donde radican las tecnologías más complejas y que más beneficio dejan en el mercado sanitario.

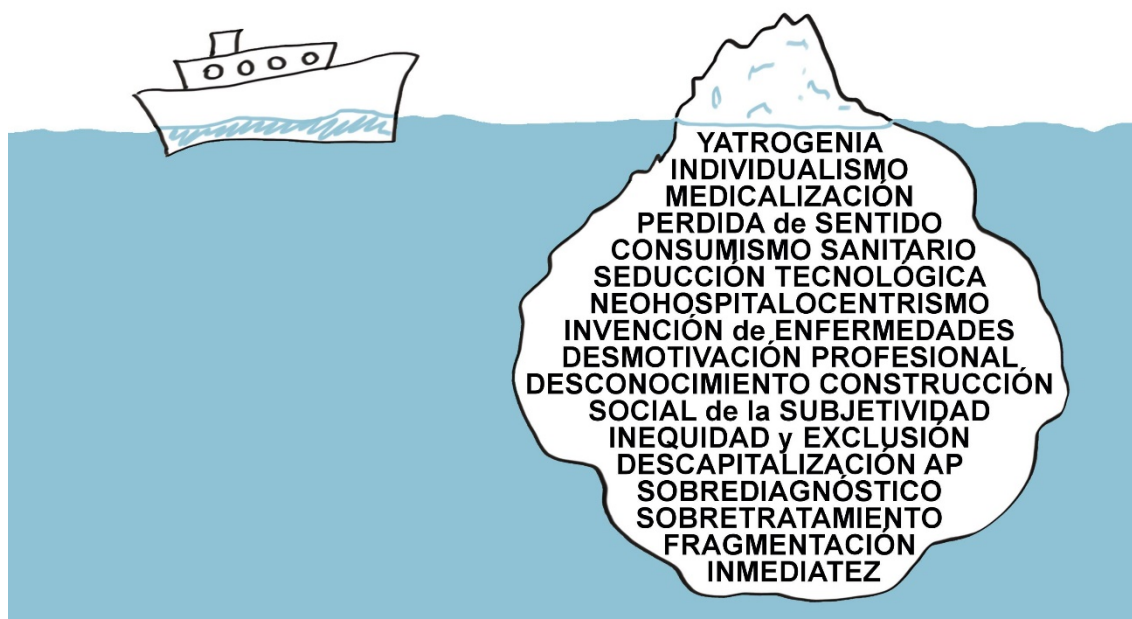
También respecto al déficit de reconocimiento, decía antes que, en la historia de la construcción de la AP en España, con esas fuerzas coincidentes en el tiempo, y antagónicas en sentido, realmente **no hubo cuestionamiento explícito de la concepción de AP. Ahora sí se cuestiona.** Y tenemos que estar atentas. Acabamos de enterarnos gracias al Colectivo Silesia, y difundido en el blog del Gerente Demediado de Sergio Minué, que un alto cargo del servicio madrileño decía que “si esto no se estuviese grabando diría que la AP tiene que desaparecer”. Cínicamente, puesto que sí sabe que se está grabando y que estaba en un foro público de gestión hospitalaria, en 2011, con una intervención titulada “El futuro de la Atención Primaria: Integración o Desaparición”, siendo entonces gerente hospitalario; y eso no le impide ser hoy Director General de Coordinación de Asistencia Sanitaria del SERMAS

**Y los profesionales de AP nos movemos entre la saturación, desmoralización, resignación y la apatía.** Hay bastante DESMORALIZACIÓN por las condiciones en que tenemos que trabajar día a día, porque no se sustituyen las ausencias, porque el tiempo por consulta es escandalosamente bajo en muchos lugares...

Hay bastante acuerdo en que **La AP se enfrenta a momentos difíciles.** Miradas y voces muy respetadas entre nosotras, hablan hace tiempo de

- una AP estancada,
- una AP menguante,
- una AP que está en la UCI...
- una AP que va camino de no ser...
- dicen que la AP y especialmente el ejercicio de la MF es una especie amenazada,
- una AP que apenas se defiende en una guerra latente...
- Así que podemos resignarnos, como ciudadanas y como profesionales, a tener una AP con fecha de caducidad,

A eso he querido aludir con esta imagen... tomando la metáfora (J. Gervás, y Mercedes Martínez) de la AP que vamos “navegando por el mar de la incertidumbre”, donde



Además de la **parte visible del iceberg** de la desmoralización, de la sobrecarga, de la falta de reconocimiento que podamos percibir cada una, **hay una gran parte sumergida**, que **condensa varios de los peligros que tiene la AP**, peligros que conviene avistar para evitar que choquemos de frente con ellos ...

- Yatrogenia
- Individualismo
- Medicalización
- Perdida de sentido
- Consumismo sanitario
- Neohospitalocentrismo,
- y seducción x tecnológica,
- Invención de enfermedades
- Desmotivación profesional.
- Desconocimiento de la construcción social de la subjetividad.
- Inequidad. Exclusión
- Descapitalización AP
- Sobrediagnóstico y sobretratamiento,
- Fragmentación.
- Inmediatez,

Frente a eso, en este viaje que es la tarea diaria de la AP **es preciso contar con los valores, un enfoque y una manera de entender la salud y la asistencia sanitaria que ES DISTINTA de la especialización y el biologicismo del hospital.**

Y, como decía Iona Heat, tratar de recuperar el sentido de nuestra práctica; y recuperar territorio, no solo por nosotras, sino porque la AP es la mejor forma y la más barata de dar la atención segura y efectiva a nuestros pacientes. Es preciso Recuperar los valores de una AP que esté...

- **Centrada en las personas**, integre sus preocupaciones y modo de vida, sus procesos biográficos, familiares y entorno social cercano.
- **Pueda ofrecer continuidad y estar disponible** para sus pacientes.
- **Menos atenta a lo que nos mandan desde arriba** y como somos evaluadas. Centrada en necesidades.
- Dueña de la **gestión de su tiempo** y la organización de su trabajo.
- **Protege** a sus pacientes de la medicalización, el sobrediagnóstico y sobretratamiento.
- **Mire hacia fuera del CS**, conozca comunidad y los determinantes sociales.
- **Sea testigo de la situación social:** A la consulta entra la vida, y el modo de vida. **La AP es política por definición.** (Iona Heat): *la continua interacción con sus pacientes y la exposición a la comunidad a la que atiende, no puede ayudar sin formular una opinión sobre el estado de la sociedad.*

- Centrada en las personas, **que integre sus preocupaciones y modo de vida, procesos biográficos, familiares y entorno cercano.**
- Pueda ofrecer continuidad y disponibilidad.
- Esté menos atenta a lo de arriba **y a cómo somos evaluadas.**
- Se adueñe de la gestión de su tiempo **y la organización de su trabajo.**
- Proteja a sus pacientes **de la medicalización, el sobrediagnóstico y sobretratamiento.**
- Mire hacia fuera del CS, **conozca comunidad y determinantes sociales.**
- Sea testigo de la situación social: **la AP es política por definición.**



Ya solo me queda dar las gracias

### Gracias

**A quien nos ayuda a comprender, para que podamos actuar.**

**A todas las personas y colectivos que trabajan y reflexionan para construir una AP centrada en las personas Y que hacen un trabajo con sentido, a pesar de todas las dificultades que encuentran.**

A La Cabecera, Farmacriticx, diaris de trinxera, FoCAP, FoAAP, SIAPs, Colectivo Silesia, yoSí Sanidad Universal, NO Gracias, IFMSA-Spain, colectivo loé y el barómetro social, ... A Sergio Minué, a Juan Simó, Angélica Fajardo, Rafa Cofiño y tantos otros... A las gentes del PACAP (semFYC). A Juan Irigoyen. A mi compañero Javier Segura, por aceptar juntos el reto de pensar y contar la Historia de AP y hacerme sitio en este blog.