

Universidad de Granada

EL PROCESO DE
ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA EN ESPAÑA.
Cambios profesionales en
Atención Primaria en la
década de 1980

Tesis para optar al grado de Doctorado
Programa "Salud, Antropología e Historia"

Angélica Fajardo Alcántara

Granada, 2007

EL PROCESO DE
ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA EN ESPAÑA.
Cambios profesionales en
Atención Primaria en la
década de 1980

Memoria que presenta la Licenciada
Angélica Fajardo Alcántara para
optar al grado de Doctorado.

Granada, 3 de octubre de 2007

Manuel Gálvez Ibáñez, Doctor y profesor asociado de la Universidad de Granada, Teresa Ortiz Gómez, catedrática de universidad de Historia de la Ciencia y Esteban Rodríguez Ocaña, catedrático de universidad de Historia de la Ciencia,

CERTIFICAN

Que la presente Memoria, titulada *El proceso de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria en España. Cambios profesionales en Atención primaria en la década de 1980*, ha sido realizada por D.^a Angélica Fajardo Alcántara bajo su dirección.

Granada, 3 de octubre de 2007

*Todo tiene un tiempo para ser creído, hasta lo
más inverosímil y lo más anodino, lo más
increíble y lo más necio*

Javier Marías,

Tu rostro mañana. 1. Fiebre y lanza.

A los médicos de familia y todas las personas que pusieron su empeño en que la especialidad prosperase, y a los que empiezan, va por ellos.

AGRADECIMIENTOS

Hasta aquí he llegado gracias a la confianza y paciencia de Esteban y Teresa. Deseo que les haya merecido la pena. A Manolo por su impaciencia, que también hace falta. A la SEMFYC por apostar por este proyecto.

A Juan y Julio que nacieron y crecieron con esta investigación. A J.A. por el tiempo que le arranqué y el que me regaló. Todos aprendimos. A mi madre, por estar ahí, y a mi abuelo, aunque no le guste. A mis compañeros del Centro de Salud Lain Entralgo, a los que están y ya no están, porque me apoyaron en momentos difíciles y facilitaron mi tarea. A Angela, compañera de fatigas, a Alicia por sus traducciones y más, y a mis amigos por perdonar su abandono.

He de agradecer a las personas que entrevisté por la calidez de su trato, el tiempo que me dedicaron y sus historias. Sin ellas y ellos este trabajo no hubiera sido posible. A Toñi, de la SEMFYC, M^a José Rebollo, de la Biblioteca del Colegio de Médicos, Raquel Helguera de la Comisión Nacional de la Especialidad y Tina de la Escuela Nacional de Sanidad, por su profesionalidad. A mis maestras y maestros...

SUMARIO

Relación de abreviaturas	XI
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Panorama historiográfico	2
1.2. La especialización médica: marco teórico	3
1.3. Estructura de la memoria	13
2. METODOLOGÍA	17
2.1. Fuentes documentales	17
2.2. Estrategia de búsqueda	18
2.3. Fuentes orales: perfil de las personas entrevistadas, guión y análisis de las entrevistas	19
3. LA REVITALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SIGLO XX	27
3.1. Bases político-médicas de la atención primaria en España en el primer tercio del siglo XX	27
3.1.1. Salud y bienestar	28
3.1.2. La reivindicación nacionalizadora de la atención primaria. Los médicos titulares	30
3.1.3. La reforma sanitaria republicana	34
3.2. La renovación de la Medicina General en el marco internacional	36
3.2.1. La tradición de los Centros de salud	37
3.2.2. La especialidad de Medicina de Familia en países anglosajones	43
3.2.3. Elementos discursivos de la especialidad	49
3.2.3.1. La atención integral a la persona. El humanismo como categoría de análisis	50
3.2.3.2. El interés por la familia y la comunidad. La legitimación social de la especialidad	56
3.2.3.3. El interés por la prevención	60
3.2.4. Estructura organizativa y patrones de trabajo	64

3.2.5. La formación en Medicina de Familia. Aspectos institucionales de la especialización	67
3.3. El discurso médico de la Atención Primaria. Los principios básicos de la declaración de Alma-Ata	76
4. CONTEXTO POLÍTICO Y SANITARIO EN LA ESPAÑA DE LA TRANSICIÓN DEMOCRÁTICA	91
4.1. El marco social de la transición política española	91
4.2. La crisis del sistema sanitario español	99
4.3. El debate sobre la reforma sanitaria	108
4.4. Relaciones entre Estado y profesión médica	125
4.4.1. El cambio de cultura en la población	126
4.4.2. La consolidación del modelo de ejercicio asalariado. La crisis económica	128
4.4.3. El debate sobre la representación de los médicos	134
4.5. La estructura demográfica de la profesión médica en la década de 1980	142
4.6. Cronología	149
5. LAS PRIMERAS EXPERIENCIAS CONTEMPORÁNEAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ESPAÑA (1976-1979)	155
5. 1. El Centro de Salud de Tirajana (Las Palmas) (1976- 1979)	155
5. 2. La experiencia de Montánchez (Cáceres, 1977-1979)	158
5. 3. El Plan de Salud de Vizcaya (1976-1978)	168
6. LA FORMACIÓN MIR, MARCO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA	173
6.1. La puesta en marcha del programa MIR	173
6.2. Cambiar la medicina, cambiar la vida: el movimiento MIR	181
6.3. La creación de una identidad colectiva para la Medicina de Familia	187
6.3.1. Motivaciones e ideología: el compromiso social	188
6.3.2. La Medicina de Familia como motor de cambio sanitario	192

6.3.3. Todo por inventar, todo por definir	195
7. EL PERIODO DE DEFINICIÓN DE LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (1979-1984)	203
7.1. Movilizaciones y desarrollo normativo	203
7.2. Apertura de los primeros Centros de Salud	223
7.3. Los Consejos de Salud	239
7.4. Elementos discursivos, organización y legitimación de la especialidad	250
7.4.1. El discurso holístico de la salud	252
7.4.1.1. La atención integral e integrada	252
7.4.1.2. La orientación preventiva y comunitaria	253
7.4.1.3. Atención materno-infantil	265
7.4.1.4. La atención a enfermos crónicos	270
7.4.2. Patrones organizativos	272
7.4.2.1. El trabajo en equipo	273
7.4.2.2. El control del tiempo de consulta	277
7.4.2.3. Los sistemas de información y registro. Evaluación de la calidad	285
7.4.3. La legitimación social y científica de la especialidad	294
7.4.3.1. Satisfacción del usuario	294
7.4.3.2. Rentabilidad y eficiencia	298
7.4.3.3. Investigación y docencia	305
8. EL PERIODO DE CONSOLIDACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (1984-1990)	309
8.1. La Comisión Nacional de la especialidad	309
8.2. Los programas docentes	324
8.3. Las Unidades Docentes	327
8.4. Los Técnicos de Salud	341
8.5. Formación pregraduada	343

8. 6. Organización profesional	345
8. 7. Producción científica	349
9. LA MEDICINA DE FAMILIA EN EL CONTEXTO PROFESIONAL SANITARIO	353
9.1 Medicina Familiar y atención especializada	353
9.2 Medicina Familiar y Medicina general	361
9.2.1. La reacción de los médicos generales ante la Medicina de Familia	361
9.2.2. La incorporación de los médicos generales a los Centros de Salud	370
9.2.3. La lucha por el mercado de trabajo	380
9.2.4. El acceso a la titulación por otras vías	388
9.2.5. La aplicación de la normativa europea a la Medicina de Familia	394
9.3. Relaciones con la enfermería	406
10. CONCLUSIONES	411
11. FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA	419
11.1. ARCHIVOS	419
11.2. FUENTES ORALES	422
11.3. PUBLICACIONES PERIÓDICAS REVISADAS	423
11.4. BIBLIOGRAFÍA	424
ANEXO I. DOCUMENTACIÓN SELECCIONADA	
1. Declaración de Alma- Ata	451
2. Real Decreto 3303/78 de 29 de diciembre, de regulación de la Medicina de Familia y Comunitaria, como especialidad	455
3. Real Decreto de Estructuras Básicas 137/84	457
4. Directiva del Consejo (86/457/CEE) del 15 de septiembre de 1986. Relativa a la formación específica en medicina general	460

5. Carta de la OMS a Esteban de Manuel Keenoy	462
ANEXO II. RESEÑAS BIOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS	451
ANEXO III. SELECCIÓN DE ENTREVISTAS	477
1. Entrevista a Esteban de Manuel Keenoy	477
2. Entrevista a Ernestina Presser	488
ÍNDICE DE TABLAS	
Tabla 1. Evolución de la proporción de mujeres en la población médica española (1960- 1982).	145
Tabla 2. Tasa de feminización por grupos de edad de la población de médicos activos (1985- 1990)	145
Tabla 3. Evolución de dispositivos relacionados con la asistencia primaria en territorio INSALUD	239
Tabla 4. Programa docente de 1985	326
Tabla 5. Programa docente de 1990	327
ÍNDICE DE FIGURAS	
Figura 1. Dres. Sydney and Emily Kark	40
Figura 2. Julian Tudor Hart	59
Figura 3. Informe sobre el análisis de agua de la Jefatura Provincial de Cáceres, 1977	160
Figura 4. Carta de Carro dirigida al Alcalde accidental, 1978	161
Figura 5. Carta del Alcalde accidental a José Carro, 1978	162
Figura 6. Cubierta del Libro Verde	206
Figura 7. Modelo de estructura sanitaria de Segovia de Arana	209
Figura 8. Modelo de estructura sanitaria del Libro Verde	210
Figura 9. Encierro de especialistas de MFyC en el Colegio de Médicos de Madrid, junio 1982	221
Figura 10. Primer equipo del Centro de Salud Albayzín, 1982	227
Figura 11. Equipo del Centro de Salud Albayzín, c.1983.	227
Figura 12. Folleto divulgativo de los Centros de Salud en Andalucía (1), c. 1984.	236

Figura 13. Folleto divulgativo de los Centros de Salud en Andalucía (1), <i>c</i> 1984.	237
Figura 14. Carta de la directora del CS Albaycín a la AA.VV., 1983	249
Figura 15. Cartel de Jornadas de Educación Sanitaria.	260
Figura 16. Campaña de prevención de accidentes en la infancia, Granada <i>c.</i> 1983	268

RELACIÓN DE ABREVIATURAS

AAMZ: Archivo de Amando Martín Zurro	CEMIR: Coordinadora Española de Médicos Internos Residentes
AAFP: American Association of Family Physicians	CESCA: Correlación entrada- salida- consulta- ambulatorio
AAO: Antonio Aragón Orellana	CESM: Confederación Estatal de Sindicatos Médicos
ABFP: American Board of Family Practice	CGCM: Consejo General de Colegios Médicos
ACLQ: Archivo de Charo López Quintana	CIMF: Confederación Iberoamericana para la Medicina Familiar
ACSA: Archivo del Centro de Salud de Albaycín	CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas.
ADS: Ana Delgado Sánchez	CLQ: Charo López- Quintana Ojeda
AENSP: Archivo de la Escuela Nacional de Salud Pública	CMH: Coordinadora de la Mesa de Hospitales
AFVT: Archivo de Francisco Vázquez Troitiño	CNE: Comisión Nacional de la Especialidad
AJSL: Archivo de José Saura Llamas	CS: Centro de Salud
AMA: American Medical Association	DFG: Dolors Forés García
AMGI: Archivo de Manuel Gálvez Ibáñez	DSC: Diagnóstico de Salud de la Comunidad
AMZ: Amando Martín Zurro	EAP: Equipo de Atención Primaria
APBJC: Archivo de Pilar Blanco y José M ^a Carro Ramos	EBB: Esther Busquets Bou
APD: Asistencia Pública Domiciliaria	EGPRW: European General Practice Research Workshop
APM: Albert Planes Magriñá	EMK: Esteban de Manuel Keenoy
APO: Asunción Prieto Orzanco	EPJ: Ernestina Presser Juste
APS: Atención Primaria de Salud	ESG: Elia Sevilla García
BMA: British Medical Association	FACME: Federación de Asociaciones Científico- Médicas de España
CA: Concha Álvarez	FADSP: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública
CEE: Comunidad Económica Europea	FESIME: Federación Estatal de Sindicatos Médicos
CC.AA.: Comunidades Autónomas	FISS: Fondo de Investigaciones Sanitarias
CCM: Comisión Médica Cristiana	FVT: Francisco Vázquez Troitiño
CC.OO.: Comisiones Obreras	GAPS: Gabinete de Asesoría y Promoción de la Salud
CCR: Claudio Cid de la Rivera	
CEFIR: Confederación Estatal de Facultativos Internos y Residentes	

GOBI: Grow monitoring, oral rehydration, breast feeding, immunization

GP: General Practitioner.

HC: Historia Clínica

HTA: Hipertensión Arterial

INP: Instituto Nacional de Previsión

INSALUD: Instituto Nacional de la Salud

IESS: Instituto de Estudios Sociales

JCR: José M^a Carro Ramos

JG: Juan Gervás

JRGA: Juan Ruiz- Giménez Aguilar

JSA: José M^a Segovia de Arana

JSL: José Saura Llamas

JTF: José Luis Turabian Fernández

LGO: Luis García Olmos

LRA: Luis de la Revilla Ahumada

MFYC: Medicina Familiar y Comunitaria

MIR: Médico Interno Residente

MMJ: Miguel Melguizo

NHS: National Health Service

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

OMC: Organización Médica Colegial

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud

PBP: Pilar Blanco Prieto

PHC: Peckham Pioneer Health Center.

PP: Partido Popular

PSOE: Partido Socialista Obrero Español

PCE: Partido Comunista Español

RCGP: Royal College of General Practitioners

REAP: Red Española de Atención Primaria.

RRA: Ricardo Ruiz de Adana Pérez

SEMER: Sociedad Española de Medicina Rural

SEMERGEN: Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista

SEMG: Sociedad Española de Medicina General

SAMFYC: Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

SCNEM: Secretaría de las Comisiones Nacionales de Especialidades Médicas.

SOE: Seguro Obligatorio de Enfermedad

SEMFYC: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

SPT: Salud Para Todos

TA: Tensión Arterial

TGC: Tomás Gómez Gascón

UCD: Unión de Centro Democrático

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

UGT: Unión General de Trabajadores

VD: Visita Domiciliaria

WONCA: World Organization of Family Doctors

1. INTRODUCCIÓN

En 1978 nació la Medicina Familiar y Comunitaria como especialidad en España. Muchos son los avatares por los que ha transcurrido, y mucho lo que se ha escrito sobre ellos, en forma de crónica y de conmemoración, con una visión frecuentemente parcial y subjetiva. Este trabajo estudia desde una perspectiva historiográfica el proceso de formación de la especialidad. Es un ejercicio que considero indispensable como contrapunto a los análisis ahistóricos que han proliferado sobre la reforma sanitaria de los años ochenta. Para una correcta comprensión de lo sucedido, para identificar con precisión los problemas vividos, resulta conveniente entroncar los procesos actuales con su tradición inmediata y su contexto político y social. El análisis histórico nos permite ampliar nuestra capacidad de explicación y de sugerencia, perfilar mejor las estructuras subyacentes y concatenar en el medio y largo plazo los resultados de decisiones coyunturales. La conexión que hace el historiador suscita reflexiones sobre la generación de las ideas médicas y los desplazamientos de los enfoques.

La Medicina de Familia como modelo de especialización ofrece desafíos interesantes a la historia de las profesiones, pues se apoya más en un conjunto de valores y actitudes sociales y profesionales, que en una acumulación de novedades tecnológicas o de conocimientos que facilite su aceptación social, como más adelante veremos. Este trabajo debe ser visto como una aportación a la historia del especialismo médico, hecha desde mi posición de médica de familia, en la que me he esforzado en convertir la subjetividad en cercanía que amplía, enriquece, y cuestiona los pilares sobre los que descansa la especialidad. Este enfoque estrictamente historiográfico no debe excluir en su entendimiento a los médicos de familia y médicos en general, pues sin duda conducirá a una actitud de sana reflexión entre los profesionales.

El periodo investigado comienza en sentido estricto en 1978, año en que se promulgó el R.D. con el que se instituyó la especialidad, si bien retrocedo a los años inmediatamente anteriores para indagar sobre el clima social y político del país y el debate sanitario, en el que se insertó el origen de la especialidad. La decisión de acotar

el intervalo de estudio en 1990, obedeció a una razón práctica, al considerar que muchos de los aspectos del proceso de especialización quedaban bastante afianzados ya en esta fecha, sin que su aplazamiento permitiera analizar otros, como su institucionalización académica, todavía en fase embrionaria en los momentos en los que esta memoria está siendo escrita. No me interesaba tanto el desarrollo interno de la especialidad, sino a grandes rasgos otros aspectos como la construcción de un cuerpo de conocimientos, su institucionalización como especialidad, y su lucha por un mercado de trabajo, aspectos que muestran la dialéctica de los mecanismos discursivos de los segmentos profesionales implicados. El abordaje de estos parámetros más allá de sus orígenes y etapa inicial era inabarcable, y en ocasiones, innecesario pues sus revisiones posteriores traducen un sano dinamismo de la especialidad, más que inmadurez. El inicio de la década de 1990 se corresponde también con un cambio de cultura en la Administración sanitaria, marcado por el Informe de la Comisión Abril. Aunque sus conclusiones no fueron aplicadas por su impopularidad, representó un cambio de estilo y de filosofía en la gestión del modelo sanitario, a los que la profesión en general y los especialistas en Medicina Familiar, en particular, tuvieron que adaptarse con nuevas formulaciones y tensiones, que inauguraron una etapa diferente. Por ende, el contexto social y político había cambiado radicalmente, lo que respalda la naturalidad de la inflexión marcada. Inflexión que yo misma no pude resistir la tentación de transgredir para incluir los debates e intensas negociaciones mantenidas hasta la aplicación de la directiva comunitaria 86/457 en 1995, que, en opinión de muchos informantes, fueron decisivos para el futuro de la especialidad. Desde un punto de vista historiográfico y de la sociología de las profesiones, este intervalo resulta de gran interés por las estrategias discursivas que los colectivos afectados pusieron en marcha para su supervivencia.

El momento actual me parece idóneo para acometer la investigación planteada porque nos separa suficiente distancia de la década de 1980, al tiempo que nos permite acceder a muchas de las personas que participaron en los inicios de la especialidad y obtener de las mismas una valiosa información oral.

1.1. Panorama historiográfico

La literatura existente en nuestro país sobre la reforma sanitaria es abundante. En función de su interés destaco dos textos, "La sanidad española a

debate" (FADSP, 1990) y "La década de la reforma sanitaria" (Ortega y Lamata, 1998), escritos por profesionales sanitarios, muchos de los cuales participaron directamente en la organización de la atención primaria en los primeros años de su puesta en marcha. Desde una postura más crítica y revisionista cabe mencionar "Crisis y reforma del sistema sanitario público en España" (Elola, 1991) y "La crisis del sistema sanitario en España: una interpretación sociológica" (Irigoyen, 1994). Estos acercamientos abordan los conceptos que conforman el cuerpo doctrinal de la Medicina de Familia, que como veremos a lo largo de la investigación, está estrechamente vinculada a la reforma.

Pese a todo, en la actualidad no existen tratamientos historiográficos de la especialidad. Se han escrito, sí, análisis internos que ponen de relieve de un modo un tanto ingenuo y autocomplaciente los logros y la evolución positiva del proceso. Destaco la monografía editada por la OMC (Organización Médica Colegial) y firmada por especialistas en Medicina familiar, "Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina General" (1990) y el libro de Gómez Gascón y Ceitlin, "Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo" (1997). Otras revisiones menos ambiciosas, o con carácter conmemorativo, se han sumado a estas, pero su parcialidad aporta un valor más primario que crítico e histórico. En realidad, responden más al concepto de "metadiscurso", y cumplen una función especular: repiten el acontecimiento a través de su revisión editorial, para otorgarle más realidad y significado (Imbert, 1990). Se hace necesario rechazar esquemas que simplifican la realidad y ampliar la herencia histórica que enriquece la mirada hacia nuestro propio futuro.

1.2. Especialización médica: marco teórico

Sin pretender ser exhaustiva, deseo apuntar los textos y las ideas que me han ofrecido un modelo explicativo para guiar mi investigación sobre el proceso de especialización en Medicina Familiar.

La acepción más popular y profana de especialidad exige que esta reúna cuatro criterios básicos sobre el que construir un monopolio de conocimiento¹:

¹ Instituto Nacional de la Salud. La Medicina Familiar y Comunitaria. Hacia un nuevo concepto de la asistencia sanitaria. 1ª ed. Madrid; 1980; p. 214. Este libro es la primera edición de la guía de residentes de la especialidad, y es más conocido como el "Libro Verde", en contraposición con el "Libro Azul" que era la 2ª edición publicada

- Campo preciso de actividades.
- Conjunto bien definido de conocimientos.
- Área propia de investigación
- Habilidades concretas.

Se trata de una definición internalista y teleológica difícilmente alcanzada por la especialidad, pero que justifica la puesta en marcha de mecanismos para alcanzar ese estatus. Es evidente que la especialidad no se ajusta a estas concepciones positivistas que ponderan el avance tecnológico, perfección y cúmulo de conocimientos².

Rosen (1944), en su estudio clásico de especialización, entendía esta como la resultante de la delimitación de un foco de interés o área problema. Aunque la sociología de las profesiones nos ofrece un punto de partida más enriquecedor para nuestro abordaje teórico, el proceso de especialización en Medicina de Familia y Comunitaria desafía gran parte de sus parámetros más clásicos. La Medicina de Familia derrumba el sentido hegemónico del especialismo clásico, que en palabras de Medina (1993) sería una puesta al día de los conceptos teóricos sobre los que se basa la medicina contemporánea, esto es, la concepción de la salud como una ausencia de enfermedad y la creencia en la especificidad de la etiología y el tratamiento de la enfermedad. La misma tendencia que identifica la especialización médica con la creencia en el progreso y los efectos beneficiosos de la división del trabajo, y que permitió una generalizada aceptación de este tipo de práctica (Rosen, 1972), es la que se opone a la percepción social y científica de la medicina de familia como especialidad.

Un elemento decisivo para entender el proceso de especialización en Medicina Familiar es su dificultad para establecer un control exclusivo sobre el propio trabajo (Freidson, 1970)³, dado el sentido de horizontalidad del área de trabajo de la

en diciembre del mismo año. A partir de ahora se citarán en texto siempre por sus respectivos sobrenombres que el color de sus portadas decidió, por ser más populares entre los médicos de familia.

² Es lo que Brante llamaba perspectiva ingenua o esencialista, por otra parte la más arraigada entre los profanos (Brante, 1990)

³ Freidson (1970) es autor de una de las obras de referencia universal sobre la historia y sociología de las profesiones. Según este autor para configurar una profesión es necesario: 1º que la ocupación haya obtenido el control exclusivo sobre su contenido adecuado; 2º la ocupación debe fundar su triunfo sobre el conocimiento y la pericia, a la que sólo se puede acceder convirtiéndose en un miembro del grupo ocupacional; 3º la creencia

Medicina de Familia. Dicho en palabras de Rosen, el foco de interés para la Medicina de Familia sería el paciente en su totalidad (King, 1984). La naturaleza polivalente e indiferenciada obstaculiza su desempeño por personas específicamente preparadas para ello. Por ello la creación de una retórica que dote a la especialidad de una singularidad diferenciadora adquiere una importancia capital, aunque ni mucho menos exclusiva, en nuestro proceso. Según la ley de Parkinson, la creación de las especialidades depende de que una vez que se ha creado un área de conocimiento médico y se le ha puesto un nombre, aparece una irresistible tendencia a identificar habilidades particulares que conforman la especialidad (Magraw, 1971). Dedicaré un capítulo al conjunto de saberes, procedimientos y patrones ocupacionales específicos que las y los médicos de familia desarrollaron para legitimarse como especialidad. Veremos el valor que adquieren los procesos y los esquemas organizativos, a falta de habilidades técnicas sobre las que establecer su dominio. En palabras de Medina (1993: 26), la profesionalización es en cierta medida una codificación de un patrón laboral y la Medicina de Familia ofrece una buena muestra de esta tendencia a distanciar prácticas, apropiarse de estilos y construir escenarios con nuevos significados.

Otro requisito clásico que debe satisfacer la especialización, en tanto que extensión del proceso de profesionalización, es su autonomía e independencia. La dependencia científica de la Medicina de Familia la ha empujado a apoyarse más en elementos institucionales y discursivos, que propiamente tecnológicos. La identificación con las prácticas hospitalarias amenazó durante mucho tiempo la autonomía de la especialidad, y sirvió de argumento a los médicos generales para desautorizarla. En un sentido más complejo y ambivalente, los nuevos especialistas lucharon por desprenderse de su dependencia estatal. Analizaremos detalladamente el largo recorrido de la especialidad por lograr esa independencia⁴.

La revalorización de la Medicina General en el mundo occidental aprovechó las críticas al abuso de la fragmentación de la medicina en múltiples especialidades. La visión humanista e integral de la persona fue el recurso retórico de los médicos

pública en la competencia de la ocupación, en el valor del conocimiento y la destreza profesadas por esta; 4º la eficacia de los métodos.

⁴ Siegrist subraya la naturaleza histórica de la profesionalización, enfatizando el papel del Estado en la evolución de las profesiones y crea una tipología histórica de varios modos de profesionalización basada en el grado de intervención estatal (Siegrist, 1990)

generales en respuesta a la proliferación de especialidades⁵. El valor diferencial de esta práctica, basada fundamentalmente en un enfoque, fue cuestionado repetidas veces por la comunidad científica y por la sociedad. Mi investigación tratará de desvelar cuáles son los discursos que los médicos de familia emplearon para hacer respetar este valor y el contexto social en el que fue posible su éxito.

Sin embargo, el análisis comparado de las estrategias discursivas empleadas por los médicos de familia anglosajones y españoles permite apreciar cursos y contenidos distintos, en función del grupo de procedencia⁶. En Gran Bretaña, donde la especialidad nació en el seno del propio colectivo de médicos generales inquietos por su declive profesional, los médicos de familia aprovecharon la parcialidad de los especialistas para revalorizar su ejercicio. Algo parecido ocurrió entre los médicos de familia norteamericanos que, a diferencia de los británicos, tuvieron que redefinir su trabajo y actualizar los principios de la Medicina General. En España, los médicos de familia buscaron en sus comienzos estilos que los distanciaran de los médicos generales y alianzas con especialidades hospitalarias que restituyeran el perdido prestigio a la Medicina General. La identificación con una institución formal y prestigiosa, como el hospital, impulsó patrones organizativos y de trabajo que facilitaban su éxito en la comunidad científica y social. Podemos decir que el valor diferencial de la especialidad fue tan vulnerable que dependió del grupo profesional al que debía oponerse (por razones más sociales que científicas). No es nada nuevo afirmar que la identidad no es inherente a la práctica profesional, sino que se construye discursiva e históricamente por contraste (Medina, 1997; Ortiz, 2005), o sea, "reconoce su identidad en la diferencia" (Santamarina y Marinas, 1995: 278). La presencia del otro es fundamental en los procesos de constitución de la identidad colectiva, pues permite (obliga y ayuda) al sujeto a definirse y situarse en relación a la alteridad. Se considera como otro lo que a la vez es percibido como aquello que queda excluido del grupo, lo que desde la amenaza a la disolución de su integridad,

⁵ Este argumento se generalizó cuando la especialización entró en escena a mediados del siglo XIX y despertó una gran hostilidad entre la profesión médica, bajo el argumento de que la ciencia médica era única e indivisible y que su práctica debía serlo también (Rosen, 1972). En un sentido parecido apunta King que en 1869 la *American Medical Association* aceptaba los beneficios de la especialización para la ciencia, pero no para la profesión (King, 1984).

⁶ Brante enfatizaba la importancia de los acercamientos comparativos en el estudio de las profesiones. Los textos de Loudon, Horder, y Webster (1998) y Digby (1999) sobre la historia de la *General Practice* en Gran Bretaña, desde mediados del siglo XIX hasta finales del s. XX, han constituido una referencia fundamental en este acercamiento comparativo.

contribuye a su conservación (Imbert, 1990). Y así se comprende que el discurso humanista, frente al exceso de tecnología médica, centrara la defensa de los médicos de familia anglosajones, mientras que alcanzó poco éxito entre los españoles, que debían oponer un discurso más técnico a la retórica sentimentalista de los médicos generales.

El acercamiento comparativo con otras especialidades ofrece otra coordenada de interés. Rosa Medina ha estudiado el proceso de especialización de la radioterapia española (Medina, 1993; 1997), y su trabajo me ha servido de marco teórico y comparado para el análisis de los mecanismos utilizados por los médicos de familia españoles, prestando especial atención a la retórica discursiva y divulgativa en términos de legitimación y negociación social. Para la autora no es suficiente crear un cuerpo de conocimientos, sino que además el éxito de su aceptación en la sociedad y la comunidad científica depende de la capacidad de generar mercados a los que dirigir sus servicios y su legitimación ante la sociedad y ante otros médicos. La importancia que las actitudes y fuerzas sociales adquieren en la selección de las innovaciones médicas ya fue destacada por Rosen (1944), en su clásico trabajo sobre la especialidad de oftalmología que aun hoy en día conserva vigencia. En esta negociación, la especialidad de Medicina de Familia ilustra el interés de la retórica como un procedimiento para elaborar y enriquecer modelos explicativos. A este interés se le añade el propio de la transición española en la que fue común que los grupos sociales emergentes se fabricaran una identidad a través del discurso, de ahí el aspecto fuertemente ostentatorio de la mayor parte de las manifestaciones culturales nuevas de este periodo. El discurso de ostentación de las identidades nuevas, corresponde a una hipertrofia de los significantes del discurso social. Parafraseando a Imbert (1990), la Medicina de Familia muestra claramente cómo "la carencia de significados y prácticas se resuelve mediante la hipertrofia de los significantes, sublimados en un universo simbólico formador de identidad, en torno al cual se libra una verdadera batalla de signos (la semiocracia, o imperio de los signos). Lo que queda patente es la inflación del discurso, su función de conjuro". El discurso adquiere así, la naturaleza de práctica social. El desarrollo de propuestas que neutralizaban los factores reconocidos en el debate sanitario como responsables de la crisis de la atención ambulatoria compensaron la falta de suficiente solidez para la aceptación de la especialidad en la comunidad científica y en la población. La incorporación de un discurso preventivo a su escenario de trabajo cotidiano construyó, estimuló y

delimitó un mercado que demandaba sus servicios. Tanto en el proceso español como anglosajón, comprobaremos cómo las demandas sociales fueron oportunamente aprovechadas para justificar cambios que más beneficiaban al interés corporativo que al social. A lo largo de la investigación, y a partir de este enfoque, intentaremos explicar cómo gran parte de las actividades y cambios organizativos que conformaban el nuevo cuerpo doctrinal de la especialidad respondieron más a una intención persuasiva, que a una realidad práctica.

Freidson (1970) nos propone atender a un aspecto de las profesiones que nos resulta de gran utilidad para comprender mejor el concepto de especialidad en medicina de familia: “.. un tipo de organización ocupacional en el que prospera cierta mentalidad, y que en virtud de su rol dominante en la sociedad, es capaz de transformar, si no crear, la esencia de su propio trabajo..”. Entre los médicos de familia (y ello es compartido por anglosajones y españoles), se generó una conciencia de que mentalidad y trabajo se prestaban un impulso recíproco, se modulaban mutuamente, lo que dotó a la primera de cierto misticismo por encima de sus capacidades reales. Como señala Rosenblatt (1990) la Medicina Familiar es una especialidad médica construida más sobre un rol social que sobre un sistema anatómico o el manejo de una determinada tecnología. El médico de familia, como agente de cambio social e impulsor de una transformación para reorientar el sistema sanitario hacia la sociedad, tuvo un peso singular en la construcción de la especialidad y compensó la carencia de otros parámetros. El valor que alcanzó este papel, no fue particular del proceso español de especialización, y puede apreciarse también en otros países, al menos en los anglosajones, sobre los que existe abundante literatura. Muchos autores (entre ellos Tudor Hart y McWhinney), destacaron en sus escritos el entusiasmo y la creatividad que distinguió las primeras promociones de médicos de familia, hasta el punto de representar un sutil pero eficaz mecanismo de exclusión. Siguiendo al clásico del estudio de las profesiones: “(...) la profesión mantiene un estatuto especial por la promesa de la integridad de sus miembros en el sentido ético y de práctica científica (...)” (Freidson, 1990), y ese rasgo épico común a los primeros médicos de familia construyó una cultura profesional, una integridad invisible, que se expresó y consolidó en una ética del trabajo, una transformación de contenidos y un cambio en su estilo.

Las ciencias sociales aplicadas a la historia de la ciencia le aportan un deseable pluralismo conceptual y metodológico que ha sido incorporado e internalizado en el propio enfoque historiográfico que, más crítico, describe la ciencia en términos de "instrumentalismos" y relativiza su naturaleza inmutable y su neutralidad epistemológica (Jordanova, 1981); de ese modo se entronca con una visión más posmodernista y actualizada de la ciencia, y desafía la hegemonía del discurso del progreso científico.

En un sentido más concreto, la sociología presta al estudio de las profesiones, conocimientos sobre los patrones de socialización e institucionalización, competencia de roles y relaciones entre grupos de poder e ideologías, entre otros. El análisis de los sociólogos Josep Rodríguez y Jesús de Miguel de la organización sanitaria española de las últimas décadas, enfatiza los intereses corporativos de la profesión médica, y el papel del Estado y de la población.

La sociología y antropología proporcionan, además, un marco interpretativo de los conceptos de salud y enfermedad y la relación médico paciente. En este sentido, los trabajos de campo de Uribe (1994) avisan del riesgo de medicalización que conlleva el modelo holístico de salud, así como de la amenaza que constituye la construcción social de enfermo a partir de la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas. Para José María Uribe, la atención primaria ha conducido a aumentar la hegemonía médica en detrimento de la autonomía de la población en el control de su salud. El estudio de los procesos de especialización delata las relaciones de jerarquización de grupos de poder dentro de la propia profesión y de la sociedad. Ciencia y medicina son productos sociales en el sentido de que representan y expresan los conflictos, tensiones y cursos de poder dentro de la estructura social (Jordanova, 1981). El riesgo de que la ciencia médica vehicule la opresión de los grupos de poder es una sospecha expuesta desde hace tiempo por las ciencias sociales, pero también el enfoque marxista, y el estructuralista. El texto de Irigoyen (1996) ofrece una interesante crítica del dogmatismo e ideologización de la reforma sanitaria y el modelo de atención primaria que implantó.

Esteban Rodríguez Ocaña (1992; 1993; 1994; 2001a; 2001b) y Rafael Huertas (1995), entre otros autores, han estudiado en profundidad la organización sanitaria del primer tercio del siglo XX y el nacimiento y desarrollo de la medicina social como disciplina esta época, subrayando el papel legitimador de la ciencia en un

discurso normatizador y protector de un Estado en expansión. La construcción de un modelo de atención sanitaria, que reforzaba la prevención y el riesgo sobre la práctica asistencial ofrece importantes similitudes entre este periodo y el de nuestra investigación que permiten sugerentes reflexiones.

Todos estos elementos de referencia sirven para elaborar hipótesis explicativas, que pecarían de esencialistas y transhistóricas si carecieran de apoyo bibliográfico sobre el contexto histórico de la transición española, en el que se desarrolló la especialidad.

He de añadir por su valor en el estudio de las profesiones, la teoría de género como marco interpretativo del que no conviene prescindir para el análisis de cualquier cambio histórico, dada su capacidad para cuestionar el discurso totalizador de la ciencia y las formas de organización profesional (Ortiz, 1999; Cobo, 2000).

Introducir el enfoque de género en la investigación histórica de las profesiones implica considerar a los profesionales como seres sexuados, y no ambiguos o universales, en los que el sexo condiciona sus experiencias, oportunidades sociales y expectativas (Ortiz, Birriel- Salcedo, y Ortega, 2004).

La ciencia reproduce la existencia de dos espacios dicotómicos: el público, cargado de poder y prestigio, de proyección social, y de dominio masculino, y el privado, doméstico, invisible, en el que históricamente se ha recluido a las mujeres (Ortiz, 1999). Estos y otros dualismos, que ocultan metáforas patriarcales, deben ser expuestos por la investigación feminista (Miqueo, Tomás, Tejero et al., 2001: 100). Para Joan Scott (1990) la identidad de género se explica a partir de la interiorización de estos símbolos que deben ser considerados en el proceso histórico. Desde tales supuestos, se produce el cuestionamiento del modelo androcéntrico de la historia y la aportación de nuevos interrogantes, además de recuperar el protagonismo social de las mujeres en el devenir histórico (Nash, 1991; Bock, 1991; Cobo, 2000). Este planteamiento participa de una de las líneas de trabajo más fértiles de la investigación feminista sobre ciencias naturales, la que estudia el sistema de género en la organización social de la ciencia. Teresa Ortiz ha mostrado en sus trabajos la importancia histórica que la noción de género alcanza en la configuración de las profesiones sanitarias (Ortiz, 1992; Ortiz, 1985- 6; Ortiz, 2001; Delgado, Távora, Ortiz, 2003; Ortiz, Birriel- Salcedo, y Ortega, 2004).

A pesar de que la especialidad de Medicina de Familia tiene, al menos en sus comienzos, una participación bastante igualitaria de varones y mujeres, con ideologías de trabajo aparentemente neutras desde el punto de vista de género (Ortiz, 2005), he intentado visibilizar algunos sesgos, que permanecen ocultos, y plantear algunos interrogantes para el debate y la reflexión.

Aprovecho el proceso de feminización de la medicina, que trato en el cuarto capítulo, como parte del modelo explicativo de cambio que afectó a la profesión médica en la década de 1970 y 1980, y para explorar, a grandes rasgos el debate que despierta este fenómeno: si las médicas practican la profesión de forma diferente a como lo hacen sus compañeros y si, como consecuencia, la feminización de la profesión implica una transformación de la práctica⁷. Analizo las tendencias en especialización y los patrones de segregación que ésta marca, con especial referencia a la Medicina de Familia, así como la existencia de estereotipos en las especialidades femeninas, cómo construyen identidades profesionales sexuadas, y son manejadas de distinta manera en distintas épocas por las propias médicas. Ello significa identificar los valores diferenciales que se incorporan a la práctica profesional y su significado simbólico. Es interesante destacar el papel que esta identificación puede desempeñar, muy especialmente, en la definición y categorización de ciertas variables de la práctica profesional de la atención primaria, y si reproducen el discurso dominante o lo cuestionan (Ortiz, 2001: 55; Delgado, Távora y Ortiz, 2003).

El enfoque de género nos obliga a prestar atención a la filiación sexual de los puestos de responsabilidad y autoridad (pertenencia a los comités de dirección de sociedades científicas, comisiones, comités editoriales....) y las relaciones de poder intraprofesionales (Ortiz, Birriel- Salcedo, y Ortega, 2004).

Otra línea de trabajo de investigación feminista aborda la repercusión de la ciencia y tecnología en la vida de las mujeres y el acceso de las mismas a los servicios sanitarios (Ortiz, 1999). Merece un breve espacio señalar el valor de lucha cívica que adquirieron los centros de planificación familiar, y su fagocitosis por los centros de salud, para después descargar esta atención en la matrona y el hospital.

⁷ Esta inquietud ha sido puesta de manifiesto no sólo desde la historia feminista, sino desde foros de discusión dentro de la misma profesión médica, como el XX Congreso Nacional de Medicina de Familia celebrado en Gijón en el año 2000 (Delgado Sánchez, 2000)

Ello violó el primigenio principio de la integralidad de la atención y favoreció la medicalización de las mujeres, desplazando el dominio de su salud al de los expertos (Fuentes i Pujol, 2001: 223- 230).

El concepto de patriarcado ha sido rechazado desde el pensamiento posmoderno por esencialista y ahistórico (Cobo, 2000). El interés en destacar la diversidad y la pluralidad está vinculado a la emergencia de un nuevo paradigma social, cultural y económico: el postmodernismo, y su quiebra de modelos tradicionales y hegemónicos. El postmodernismo rechaza la universalidad porque disuelve la lógica binaria del pensamiento único occidental, en una multiplicidad de valores contextuales e históricos. Las abstracciones son construcciones discursivas que falsean o pervierten la realidad. El pensamiento postmoderno critica el enfoque de género por despreciar otras diferencias de clase, etnia, nacionalidad... que condicionan las actitudes y movimientos sociales, y que también forman parte de la realidad de las mujeres⁸ (Leydersdorff, 1999; Cobo, 2000; Miqueo, Tomás, Tejero et al., 2001: 31).

Para Leydersdorff (1999) el género debe respetar otras diferencias y propone para ello la historia oral como un instrumento para desafiar la homogenización cultural mundial. La fuerza de las historias de vida radica en su capacidad para analizar un caleidoscopio de representaciones culturales. El auge de la historia oral se explica desde este respeto a la diferencia y el interés por la microhistoria, la historia de los dominados frente a la de los dominantes y la historia de los márgenes (Santamarina y Marina, 1995: 263; Ortiz, 2005; Sanz, 2005). Los métodos cualitativos de investigación están íntimamente ligados a la perspectiva de género, porque respetan el principio que rige las investigaciones feministas, esto es, la invitación a la reflexión, a la deconstrucción de la historia lineal y simple, a partir de la cual se crean las experiencias de la gente, para construir una historia más compleja y ajustada⁹. Una de las ventajas del método biográfico es el recoger la multiplicidad de registros diferentes, en toda su transversalidad, superando las dicotomías reduccionistas. Desde esta perspectiva transversal es posible captar la

⁸ Selma Leydersdorff narra en este artículo que cuando trataba con sus alumnos la propuesta de Scott de utilizar el género como categoría fundamental de análisis, las africanas se quejaban de que se sentían más identificadas con los africanos que con las mujeres occidentales y que en este sentido, el género era una invención.

⁹ Esta aceptación de la historia oral no es unánime, y hay defensores de los métodos cualitativos que critican el relativismo de los constructivistas (Müller- Hill, 2001).

multidimensionalidad de las experiencias. La metodología cualitativa y dentro de ella, el método biográfico, ha jugado un papel muy importante en la historia de mujeres, al contrastar las categorías clásicas con la experiencia real y concreta y permitir rupturas conceptuales (Borderías, 1997; Miqueo, Tomás, Tejero et al., 2001: 33; Sanz, 2005). Las historias de vida permiten escuchar las disidencias del modelo histórico dominante y atender a las percepciones subjetivas de los profesionales de ambos sexos. Recogen saberes sociales que han sido construidos por la práctica directa de los sujetos protagonistas de la acción (Alonso, 1995: 229). Desde esta perspectiva, la metodología cualitativa permite una superación del concepto de patriarcado y salva las críticas posmodernistas al enfoque de género (Leydesdorff, 1999; Ortiz, Birriel- Salcedo, y Ortega, 2004)¹⁰.

1.3. Estructura de la Memoria

Tras la presente introducción y el obligado capítulo metodológico, la memoria está dividida en siete capítulos con los siguientes contenidos:

En el capítulo 3 me acercaré a tres situaciones históricas para explorar y sugerir elementos de análisis que nos ayuden a comprender nuestro objeto de estudio, a saber: El nacimiento de la medicina social en el primer tercio del siglo XX, con especial referencia a la segunda República española; la revitalización de la Medicina General en el mundo anglosajón; y la formulación internacional del modelo de Atención Primaria Global, que culmina con la Conferencia de Alma- Ata de 1978.

En el capítulo 4 estudio el marco social y político en el que nació la especialidad de Medicina de Familia en España. Atenderé primero al clima de movilización social del que participaron los sanitarios, que encontraron en la reforma sanitaria el motor para una transformación de la sociedad española. Reviso después el debate sanitario generado en torno a la crisis de la sanidad y el largo proceso de reforma que culminó con la Ley General de Sanidad en 1986. Examino los intereses y las distintas posiciones profesionales y sus negociaciones con el Estado, así como los elementos de la denominada crisis profesional. Bajo el último epígrafe expongo algunas características demográficas del colectivo médico en la década de 1970 y 1980 que

¹⁰ Para Cobo, esta alianza entre el feminismo de la diferencia y el postmodernismo es un peligro que arriesga el potencial reivindicativo y eficaz del feminismo, al diluir la subordinación que lo cohesiona en otras subordinaciones (Cobo, 2000).

explican su creciente heterogeneidad y su potencial renovador, cruciales en el nacimiento de la especialidad de Medicina de Familia.

El capítulo 5 está dedicado a tres iniciativas sanitarias que recogieron y desarrollaron los principios del nuevo modelo de atención a la salud en los primeros años de la transición española: El Centro de Salud de Tirajana, la experiencia de Montánchez y el Plan de Salud de Vizcaya. Su relato desvela antecedentes inmediatos en la especialidad que quedan ocultos en la historia oficial.

En el capítulo 6 me acerco a la historia del sistema MIR en España y el movimiento social que generó. Se analizan los argumentos que se manejaron en su legitimación social y científica. Estudio después la precoz inclusión de la Medicina de Familia en el programa MIR y cómo se desarrollaron los comienzos de la formación posgraduada. Veremos el efecto que la residencia ejerció sobre las primeras promociones de médicos de familia, y cultivó una identidad propia y una ética de trabajo.

En el capítulo 7 estudiaré cómo las manifestaciones sociales (huelgas, encierros,...) y la apertura de los primeros centros contribuyeron a la definición de esa cultura de trabajo, sin la cual no pueden entenderse los patrones laborales, organizativos y discursivos con los que los médicos de familia dieron contenido a su especialidad y a los que dedico la segunda parte del capítulo.

En el capítulo 8 examinaré la consolidación de la especialidad a través de instituciones como la Comisión Nacional de la Especialidad, las Unidades Docentes, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y su publicación científica, la revista "Atención Primaria", entre otras.

En el capítulo 9 analizo la relación de los médicos de familia con el resto de la profesión médica, en particular los médicos generales. Examinaré el discurso de oposición de los médicos generales a la Medicina de Familia, la incorporación de los médicos generales a los centros de salud, la competencia en el mercado laboral y el enfrentamiento por la titulación de la especialidad en los cursos de perfeccionamiento y la directiva europea. Finalmente reviso la participación de la Enfermería en el nuevo modelo de Atención Primaria y su relación con los médicos de familia.

Tras el capítulo de Fuentes y Bibliografía, se acompañan varios anexos con documentación, biografías de las personas entrevistadas y una selección de entrevistas.

He optado por citar a pie de página con referencia completa los artículos procedentes de publicaciones revisadas que aparecen una sola vez. Si son citados repetidas veces pueden ser localizados en bibliografía. Las citas de prensa no científica sólo son incluidas en la bibliografía si aparecen muchas veces en el texto. En otro caso aparecen registrados en el lugar correspondiente a pie de página.

2. METODOLOGÍA

La metodología empleada combina el proceso de adquisición de información documental por medios escritos e impresos tradicionales con el uso de la entrevista y documentos personales. El repertorio heurístico resultante conjuga así, bibliografía secundaria, literatura médica, prensa médica y no médica, estadísticas, archivos y documentación personal y fuentes orales. El conocimiento de la historia oficial obedece a dos necesidades: primero, como soporte para la investigación oral, se precisa un trabajo introductorio que profile y precise los interrogantes y convenza a los entrevistados (Niethammer, 1989). Y en segundo lugar como referencia con la que contrastar y triangular toda la información obtenida (De Andrés Pizarro, 2000; Sanz, 2005). Sólo entrecruzando todas las voces podremos elaborar una narración polifónica que nos acerque a la complejidad de la realidad histórica (Sanz, 2005).

2.1. Fuentes documentales

Para la recogida de materiales originales y bibliografía secundaria, sobre los contenidos teóricos y doctrinales de la especialidad, sobre su puesta en práctica, los debates y conflictos generados, y el discurso desplegado, tanto en España como en otros países, se han revisado:

- Bases de datos bibliográficas de contenido médico y social:
 - PubMed (Medline desde 1966-1992).
 - IME (1984 a 1997).
 - ISOC (Instituto de Información y Documentación en Ciencias Sociales y Humanidades) (1977-1997).
 - Social Citation Index (1977-1997).
- Bases de datos bibliográficas de contenido histórico-médico, como los fondos del área de Historia de la Ciencia del departamento de Anatomía Patológica e Historia

de la Ciencia de la Universidad de Granada y otras bibliotecas y catálogos accesibles por vía electrónica, como la *Wellcome Library* de Londres (<http://library.wellcome.ac.uk/>) (hasta 2006), que incluye el antiguo repertorio impreso *Current Work in the History of Medicine* (1983-1991) y la revista *Bulletin of the History of Medicine* (Baltimore), a través de su catálogo electrónico (1993-1995).

- Bases de datos de las bibliotecas del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), la Escuela Andaluza de Salud Pública, Escuela Nacional de Sanidad, Biblioteca del Colegio de Médicos de Madrid, Biblioteca del Ministerio de Sanidad y Consumo, y Escuela de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid.

- Algunas publicaciones periódicas médicas de alta significación para esta investigación, como *Atención Primaria* (1984-1995), *Revista de Sanidad e Higiene Pública* (1979- 1991), *Gaceta sanitaria* (1984- 1997).

- Prensa médica de información general: *Jano* (1981- 1990), *Salud 2000* (1981- 1990), *Tribuna Médica* (1981- 1990), *Profesión Médica* (1977- 1979). Desde su doble papel, como vehículo de transmisión de ideas, pero también generador (Imbert, 1990; Rodríguez, Márquez y López 1995a), las fuentes periodísticas han sido de gran utilidad para el análisis del discurso médico de la década de 1970 y 1980, y como archivo histórico de acontecimientos de la especialidad.

- *Diario El País* (1980-1982).

- Archivos personales de Amando Martín Zurro, José Saura, Manolo Gálvez, Pilar Blanco y José M^a Carro Ramos, y Charo López Quintana.

En junio de 2005 revisé las actas de la CNE entre 1984 y 1990, gracias al apoyo de la presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE), Verónica Casado. Y en noviembre de 2005 accedí al material documental que manejó la comisión Abril, que se encuentra en la biblioteca de la Escuela Nacional de Sanidad.

2.2. Estrategia de búsqueda

Una de las potencialidades de la oralidad y los documentos personales, es su capacidad de sorprendernos con itinerarios no previstos en la estrategia inicial de búsqueda, que es más de descubrimiento, y que exige una actitud de especial sensibilidad y alerta. Debemos hacer uso de la creatividad suficiente que permita

adaptarnos a los cambios que la investigación nos vaya imponiendo (Sanz 2005; Ortiz, 2005). Esta flexibilidad ha dominado la búsqueda documental, en la que renuncié a la exhaustividad en beneficio de la eficacia. La proliferación e irregularidad de las Jornadas y boletines de la época, su mala conservación, y la propia repetición de sus discursos, convertían esta búsqueda en tediosa y poco rentable, sacrificando el verdadero sentido de la fuente al servicio de la investigación, y no al contrario. Ello me obligó a profundizar, contrastar, o completar con otras fuentes los contenidos que fueron surgiendo en el propio transcurso de la investigación. Así, las entrevistas y los documentos aportados por las personas entrevistadas ampliaron mi investigación a dos fenómenos no advertidos previamente que influyeron en el nacimiento de la especialidad: el movimiento MIR y el Plan de Salud de Vizcaya.

2.3. Fuentes orales: perfil de los entrevistados, guión y análisis de la entrevista

El uso de entrevistas abiertas es el modelo oral que mejor se adecua a mi objetivo de estudio, porque recoge la visión subjetiva y personal de los actores sociales que participaron directamente en el proceso de formación de la especialidad, aprovechando la oportunidad que me ofrece el momento actual de acceder a su información y sus experiencias. La entrevista individual abierta tiende a resultar muy productiva tanto para el estudio de casos extremos, como para determinar discursos arquetípicos de los grupos de referencia (Alonso, 1995) o, como dice Imbert (1990), detectar los discursos flotantes no constituidos. En la España de la transición era frecuente encontrar esos lenguajes flotantes que se correspondían a la reivindicación de una identidad que se oponía al antiguo discurso. Otra de las principales capacidades de la investigación oral es la posibilidad de conocer y visibilizar estas experiencias concretas que conforman la realidad, invirtiendo el sentido deductivo que impone el modelo institucional a los actores sociales, responsables últimos del curso histórico (Borderías, 1997). La entrevista abierta se hace pertinente cuando se busca no el consenso, sino la pluralidad que descomponga y rehaga la historia dominante y respete las disidencias y las rupturas que quedaron enterradas en el devenir histórico (Niethammer, 1989; Ribot, Fernández- Tenllado y García de León, 2000: 344).

La metodología cualitativa aporta además información sobre los mecanismos de decisión, flujos y emergencia de prácticas e instituciones que en la mayoría de los casos están ocultos en la transmisión escrita y permite superar el mencionado problema de la irregularidad y/o baja fiabilidad de las fuentes documentales a la hora de llevar a cabo una investigación de estas características.

El método biográfico es un instrumento que permite ligar lo empírico y experiencial con lo teórico para producir una lectura comprensiva de la realidad. Se le critica frecuentemente que desde la subjetividad individual sus hallazgos no pueden ser generalizados. Pero la aspiración del método no es la objetividad ni lo macrosocial, sino ese nivel intermedio en el que los fenómenos sociales generales se traducen en situaciones particulares (Borderías, 1997; De Andrés Pizarro, 2000; Sanz, 2005). Las fuentes orales son un recurso muypreciado para conocer estilos de práctica y organización del trabajo diario, identidad y cultura profesional, relaciones de equipo e indagar sobre las transgresiones o seguimiento de las normas sanitarias (Anderson, 1997; Müller- Hill, 2001; Ortiz, 2005)¹. La oralidad y los documentos personales ilustran igualmente relaciones de poder y jerarquías en los momentos de cambio social (Sanz, 2005). En todos estos sentidos, la oralidad encajaba perfectamente en las necesidades de mi investigación.

Los métodos cualitativos permiten además un abordaje más dinámico de la investigación que contrasta fuentes y plantea interrogantes. Las fuentes cualitativas me han permitido entre, otras cosas, ilustrar escenarios microhistóricos de cambio político y social, en Montánchez y Bilbao, romper la dicotomía médico general vs. médico de familia, rescatar el papel que desempeñaron hombres y mujeres que la historia ocultó y cuestionar, en definitiva, axiomas consolidados en un modelo que ignora y desprecia la complejidad histórica. Aspectos como las motivaciones de las primeras generaciones de médicos de familia, las dificultades que experimentaron en su formación y el modo en que las resolvieron, su organización y producción científica para dotar de contenido a la especialidad y la apertura de los primeros centros de salud, están parcial e irregularmente representados en fuentes impresas, por lo que la

¹ En este sentido el trabajo de Jefferys (2000) sobre entrevistas realizadas a pioneros de la especialidad de geriatría, en Gran Bretaña, es ilustrativo porque maneja las resistencias que sufrieron a su progreso y el valor del líder carismático (en Bornat, 2000). También lo es el trabajo de Bevan (2000) sobre *General Practitioners* a partir de una serie de entrevistas recopiladas (*The oral history of general practice in Britain, 1935- 1952*), que estudia el valor de las historias de vida en la constitución de una identidad y una ideología profesional.

Metodología

entrevista es una herramienta esencial en esta investigación. Se utilizó un guión temático que contemplara todos estos interrogantes y que se muestra en la página 20. La documentación no impresa (lo que, junto con los impresos de difícil localización, se denomina técnicamente "literatura gris") donada por los entrevistados procedentes de sus archivos personales, junto con otros documentos como actas, cartas, borradores, carteles, recortes de prensa local, memorias, fotos etc., fue también de gran valor en mi investigación, y su combinación perfectamente coherente (Sanz, 2005).

La muestra no estaba predeterminada sino que las decisiones muestrales se adaptaron sucesivamente a las necesidades de la investigación. Cuando trabajamos en estudios cualitativos no es obligado especificar de antemano ni el número ni el tipo de informantes. La estrategia inicial de captar a los informantes entre los líderes se vio modificada a medida que la investigación progresó, en el sentido de incorporar personas y contextos, que desde su anonimato, representaran mayorías invisibles alejadas de los puestos de poder y decisión, sin cuyo esfuerzo la especialidad no hubiera evolucionado como lo hizo. Desde esta óptica consideré la inclusión de personas desconocidas, pero que constituirían la voz de algunos colectivos como el de los médicos generales, los APD (Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria) y residentes de distintos periodos de la especialidad y distintas procedencias. Sus nombres figuran en el listado que incluyo en el apartado de fuentes. Esta estrategia muestral intenta respetar el sentido inductivo propio del método biográfico, y la progresiva conciencia de que los cursos socialmente relevantes se producen cada vez menos a nivel de los líderes, que son legitimados en última instancia por la opinión pública, por lo que sus testimonios no son representativos del proceso interno de cambio (Niethammer, 1989).

La dispersión y la heterogeneidad guiaron también la selección muestral como criterios, "primando la significatividad de los interlocutores más expresivos de situaciones de descentramiento", sobre la representatividad y exhaustividad obsesiva (Alonso, 1995:226; Sanz, 2005). La técnica de "bola de nieve" fue útil tanto en la búsqueda como en la contactación con nuevas personas informantes. El límite del universo muestral, lo determinó la percepción de lo que sociológicamente se denomina "punto de saturación", en el que las nuevas entrevistas no aportan novedades a los discursos anteriores. Una vez realizadas las entrevistas de exploración, decidí realizar las entrevistas que el propio curso de la investigación me demandaba a medida que

esta fue progresando, y que podían ser de ayuda para la profundización y/o contraste de asuntos concretos (Ribot, Fernández- Tenllado y García de León, 2000; Díaz Sánchez, 2001). Como dice Sanz (2005), es la propia investigación la que le dice al investigador en qué momento la información comienza a ser repetitiva o el fenómeno que se pretendía comprender está claro.

Perfil de los entrevistados

En total han sido 26 las personas entrevistadas, de las cuales 9 son mujeres². He buscado que en esta muestra estén representadas las ciudades donde la Medicina de Familia se desarrolló inicialmente con más fuerza, esto es, Barcelona, Granada, Bilbao y Madrid. También hay representantes de A Coruña, Murcia, Valencia y Toledo.

Hay cuatro representantes de la primera promoción (1979-1981): Esteban de Manuel (Madrid), Esther Busquets (Barcelona), José Saura (Murcia) y Vázquez Troitiño (A Coruña); tres representantes de la segunda (1980-1982): Asunción Prieto (Valencia), Elia Sevilla (Granada) y Luis García Olmos (Segovia- Madrid); tres de la cuarta promoción (1982-1985): Concha Álvarez (Madrid), José Luis Turabian (Talavera de la Reina) y Tomás Gómez Gascón (Madrid); y uno de la séptima, Miguel Melguizo (1985-1988).

Hay cuatro tutores hospitalarios: Juan Luis Ruiz Giménez, Claudio Cid de la Rivera, Luis de la Revilla, y Amando Martín Zurro. Hay dos tutores extrahospitalarios con la especialidad de medicina interna, que participaron desde muy pronto en el proceso de especialización: Dolors Forés y Ricardo Ruiz de Adana. Hay dos mujeres procedentes de la Salud Pública: Ernestina Presser y Ana Delgado.

Los médicos generales están representados desde distintas posiciones por: Antonio Aragón Orellana, Juan Gervás y Albert Planes. Pilar Blanco y José M^a Carro Ramos fueron incluidos por la peculiar trayectoria en Montánchez de ambos, y el trabajo en puestos de autoridad del segundo. Razones parecidas me llevaron a buscar a Charo López Quintana y, por supuesto, a José M^a Segovia de Arana.

² La proporción de mujeres en la muestra de personas entrevistadas respeta el grado de feminización de la especialidad.

Metodología

La filiación según cargos de autoridad es difícil porque en muchos casos la trayectoria profesional ha sido mixta, desempeñando, puestos de mayor o menor responsabilidad, durante más o menos tiempo, alternando con el trabajo asistencial.

Para la entrevista busqué un clima de intimidad y entendimiento que facilitara la comunicación e incluso la confidencialidad, e invitara a indagar en la memoria posibles desviaciones del discurso que salvaran el efecto uniformador que el tiempo ejerce sobre el recuerdo (Niethammer, 1989; Ribot, Fernández- Tenllado, García de León, 2000), así como las aspiraciones literarias, conscientes o no, del propio informante (Bourdieu, 1989). En este último sentido Fraser (1990) llama la atención sobre lo que denomina el "relato balance", en el que es frecuente encontrar informantes que por su liderazgo o singularidad, en sucesivas entrevistas han tenido oportunidad de construir un relato estructurado, congruente y sin fisuras, cuya fiabilidad es necesario contrastar con la espontaneidad de otras entrevistas. Bourdieu (1989) avisa de la tentación de toda persona que es entrevistada a hacerse ideóloga de la propia vida, dando retrospectivamente una lógica a la existencia que encaje los acontecimientos dentro de una causalidad lineal. En otras palabras, tratar la vida como una historia literaria, como una secuencia cargada de significado, es una ilusión humanamente narcisista, que renuncia a la realidad de lo discontinuo y trasciende las fluctuaciones históricas.

Cada entrevista exigió una labor de documentación previa, pues como decía Müller- Hill (2001), quien realiza la entrevista debe saber tanto o más del tema que el sujeto a entrevistar, para establecer un contrato sobre unos saberes mínimos compartidos por sus interlocutores y para determinar los objetivos del diálogo (Delgado y Gutiérrez, 1995: 230).

He de destacar la colaboración y el interés prestado por todas las personas entrevistadas, que no sólo mostraron una buena disposición para la entrevista sino que además colaboraron en la contactación con otros informadores. Esta se realizó en la mayoría de los casos a través de correo electrónico, a veces telefónicamente y en un caso mediante carta, a través del Colegio de Médicos de Madrid. Sólo ha habido un caso en el que no obtuve respuesta a mi solicitud.

Las entrevistas duraron aproximadamente una hora, fueron grabadas con cinta magnetofónica y posteriormente transcritas. Hay que decir que en dos ocasiones

(Dolors Forés, y M^a Angustias García) problemas técnicos impidieron la correcta transcripción de la entrevista, lo que me obligó a excluir la última.

Guión de la entrevista

- Necesitaré saber de que promoción eres y en qué ciudad te formaste, con qué tutores y en qué hospital. También tu trayectoria profesional y por qué elegiste la especialidad, cual crees que fue tu contribución a su creación y consolidación...
- Lo que más me interesa es que me cuentes el ambiente que se respiraba y las posibles conexiones con qué compañeros y grupos te relacionabas a nivel, con quiénes había una buena relación y con quiénes no. Me gustaría conocer tu opinión sobre los grupos que funcionaban, su autoridad y su poder...

Otros puntos que me interesan son:

- ¿Cuáles fueron a tu juicio los conflictos más notables que se produjeron, o se tuvieron que asumir? (tercer año extrahospitalario, unidades docentes, apertura de los primeros centros de salud, relaciones intraequipo, relaciones con otros especialistas, concesión del título a otros colectivos profesionales, lucha por el mercado laboral, directiva europea etc...).
- Me interesa tu vinculación y familiarización con el contexto profesional: ¿conocías la huelga de médicos hospitalarios de 1978 ó la de 1987?, ¿Cómo viviste el tema de las incompatibilidades, el estatuto único, el debate de sanidad pública- privada, la libre elección de médicos?, ¿sufriste el conflicto de las consultas de enfermería?.
- Sobre tu filiación política e ideológica: ¿Conocías los programas electorales de los partidos políticos?, ¿Cómo percibiste los cambios políticos?, ¿Estuviste afiliado/a a algún partido, sindicato o asociación?, ¿Conocías sus posturas?.
- ¿Conocías a Vicente Navarro, Hernán San Martín, Terris, Tudor Hart,...?, ¿Qué revistas leías..?, ¿Qué libros?, ¿a quiénes conociste?, ¿realizaste algún viaje de formación?

Análisis

Metodología

Tras la transcripción de las entrevistas, procedí a la segmentación temática de la información, para después codificar y establecer las categorías pertinentes. Seguí, para ello, la secuencia aconsejada en algunos textos especializados (Delgado y Gutiérrez, 1995; Ribot, Fernández- Tenllado, García de León, 2000; Andrés Pizarro, 2000; Fernández de Sanmamed, 2000).

Definí, por tanto, las categorías descriptivas a posteriori. Como indican las autoridades en la materia, esta tarea depende de la sensibilidad de quien investiga para captar e interpretar los mensajes, atendiendo a los hechos y las vivencias, las ausencias y antagonismos entre posiciones ideológicas diferentes, respetando la disparidad de las interpretaciones, recuerdos y opiniones de las personas entrevistadas sobre una unidad conceptual determinada, y en base a una tipología elemental de informantes. Podríamos identificar, por su consistencia (Jefferys, 2000), las siguientes categorías, agrupadas en formales -o estimuladas por el guión temático de la entrevista- y categorías emergentes.

Entre las primeras destacan:

- Las motivaciones e ideologías.
- Las fuentes e influencias.
- Las redes sociales y contactos.
- Las dificultades.
- Los apoyos sociales.
- Las luchas y negociaciones con los gobiernos.
- Las relaciones con la atención especializada.
- Las relaciones con los médicos generales.

Entre las categorías que han emergido en el transcurso del análisis:

- La creación de una identidad colectiva.
- La ausencia de directrices y el control sobre la propia formación.
- La ética del trabajo.

Las entrevistas también aportaron un clima colectivo que trascendió la sucesión de hechos. Es lo que Santamarina y Marinas llaman "comprensión escénica",

(1995: 272), Niethammer (1989) análisis del entorno y campos circundantes y Alonso (1995: 230) "referentes extradiscursivos". En el mismo sentido, las anécdotas contadas por los entrevistados enriquecieron los relatos por la gran carga simbólica que arrastran.

La elaboración y síntesis de una narración coherente y estructurada en estas categorías exige un esfuerzo creativo e interpretativo por parte del propio investigador, que forma parte de la propia narración (Alonso, 1995: 228) Cómo veíamos antes, los resultados de una investigación cualitativa no buscan una validez predictiva, sino profundizar en una información integral. Desde esta conciencia es obligado un control sobre las abstracciones y las generalizaciones poco consistentes, que distorsionen el fin último para el que esta está pensada (Bordieu, 1989; Borderías, 1997; De Andrés Pizarro, 2000).

3. LA REVITALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SIGLO XX

En el presente capítulo indagaremos sobre la procedencia y distinta tradición de los elementos teóricos e institucionales que se conjugan en la formación de la especialidad, mediante el estudio de las manifestaciones de la preocupación médica por la salud de las poblaciones y de la organización para afrontar sus problemas iniciadas en el primer tercio del siglo XX. Para ello, primero y basándonos siempre en trabajos historiográficos españoles, examinamos las modificaciones en la conciencia y acción profesionales producto de una nueva percepción políticosocial (la del regeneracionismo) y de una nueva teoría (la medicina social), y revisamos los cambios materiales e institucionales del trabajo sanitario de primera línea. En el siguiente apartado se exploran los cambios profesionales ocurridos en el espacio internacional, con especial mención a los países anglosajones con posterioridad a la II guerra mundial. Por último, se analiza la formulación del nuevo modelo de atención primaria, cuya sanción internacional más llamativa encontramos en la Declaración de Alma-Ata de 1978.

3.1. Bases político-médicas de la atención primaria en España en el primer tercio del siglo XX

En este apartado realizo un acercamiento a la historia de la medicina social a partir de los trabajos originales de otros autores¹. Muchos de ellos destacan las similitudes entre los conceptos imperantes de salud en el primer tercio del siglo XX y la década que investigo.

La relación histórica, sin embargo, podría parecer un tanto artificial por la nula influencia directa, o inmediata, que tuvieron los acontecimientos y procesos que trataremos a continuación, sucedidos en la primera mitad de siglo, sobre la posterior

¹ Esteban Rodríguez Ocaña, Rafael Huertas García- Alejo y Josep Bernabeu Mestre, entre otros autores, han estudiado en profundidad esta época y a sus trabajos remito a los interesados.

implantación de un nuevo modelo de atención médica. La llamativa ausencia de referencias históricas a este periodo permite una reflexión sobre la amnesia histórica que la sociedad de la transición política española, en la que se enmarca el nacimiento de la especialidad de Medicina de Familia, tuvo que pagar como precio de una conciliación nacional (Díaz, 1987; Imbert, 1990; Balfour, 2004). Los médicos de familia renunciaron a la construcción de una identidad histórica y fueron absorbidos por el imaginario dominante del cambio y la renovación (Imbert, 1990). Este hecho no es habitual en los procesos de creación, que buscan en el pasado experiencias que respalden su innovación. Entre los múltiples ejemplos, sirva para ilustrar esta tendencia cómo la apertura democrática del gobierno sudafricano en 1997 se acompañó de un interés resucitado por los logros obtenidos en el régimen progresista de los años 40 que aplicó los principios de la medicina social (Marks, 1997).

3.1.1 Salud y bienestar

El nacimiento de un ideal colectivo de salud es paralelo al afianzamiento del Estado como realidad social, que desde la era ilustrada entiende la salud de la población como una riqueza productiva que es necesario mantener, al mismo tiempo que la existencia de enfermedad (siempre física y moral) se constituye en amenaza para la supervivencia de la sociedad, e incluso de la particular parcela de humanidad que llaman "raza". En esta tesitura, los Estados, en particular los industriales, establecieron una alianza con los profesionales sanitarios, encabezados por los médicos y emplearon la aparente neutralidad del discurso de la ciencia para normativizar la vida privada de las personas (Rodríguez Ocaña, 1992). Para ello fue precisa la interiorización de un ideal de salud, convertido en deber tanto como en derecho (Rodríguez Ocaña y Molero, 1993:133-148)². Esta relación no cabe interpretarla exclusivamente como fluyente en sentido arriba/abajo, sino que la negociación, los intereses populares y profesionales intervinieron para moldear esas aspiraciones ideológicas y, como señala Patrice Bourdelais, se puede observar el tránsito desde un "biopoder" que busca gobernar a los ciudadanos a una "biolegitimidad" que exige y compromete igualmente a los gobernantes (Bourdelais, 2001: 19).

² La idea de Labisch del "homo higienicus" como categoría de análisis histórico es recogida por estos autores y por Huertas García- Alejo.

A comienzos del siglo XX, los recién estrenados logros de la bacteriología ofrecieron argumentos de corte belicista contra la pobreza y apoyaron la dimensión individual de la enfermedad que el Estado utilizó para reforzar su papel protector (Rodríguez Ocaña, 1992; Rodríguez Ocaña y Molero, 1993; Huertas, 1995). La reivindicación de modelos socio-ambientales explicativos de la enfermedad se opuso al imperialismo microbiológico y se realizó en un marco social reformista, que buscaba soslayar la gran confrontación abierta entre capital y trabajo. En ese terreno, la medicina social amortiguó y justificó el cambio del modelo liberal, no intervencionista, de Estado, por otro más activo en el seno de sus propias formaciones sociales (Rodríguez Ocaña, 1992; Huertas, 1995). Por otra parte, la provisión de unos servicios sanitarios de carácter igualitario sirvió para reducir los conflictos sociales internos y las tensiones internacionales. De este modo, tras la primera guerra mundial, en muchos Estados europeos se impuso un modelo de Administración de la salud que originó la fundación de nuevos ministerios de Sanidad con el fin de garantizar la cohesión social (Weinding, 2000). Los expertos médicos militares de los aliados se reunieron para crear un consejo internacional y una Oficina de Salud Pública, lo que demuestra la naturaleza altamente politizada de dichos programas (Weinding, 2000). Por tanto, pese a la vocación social con que nació la salud pública conviene precaverse de una interpretación unilateral e ingenua del adjetivo "social". Dicho de otro modo, las bases ideológicas de la medicina social no son unívocas, y se mueven desde el afán normatizador, de la derecha, hasta el trasfondo revolucionario más propio de la izquierda política (Rodríguez Ocaña, 2002).

En España, la nueva percepción política de la salud pública se puso de manifiesto en torno a diversas campañas sanitarias (nacidas en distintos países europeos), como la antituberculosa, la lucha contra las enfermedades venéreas, la campaña contra la mortalidad infantil y la lucha antipalúdica. Estas tuvieron un desarrollo preferentemente urbano –salvo la lucha contra la malaria—, amparado preferentemente en el apoyo de la filantropía privada y de los poderes municipales, como una variante dentro de los dispositivos de la beneficencia (Castejón, 2001). En la etapa de la primera dictadura militar del siglo, la intervención de la Fundación Rockefeller persiguió una reforma profesional de la Administración sanitaria española (Rodríguez Ocaña, 1997; Rodríguez Ocaña, 2000; Rodríguez Ocaña, 2001a). Con la llegada de la segunda República, las voluntades progresistas y transformadoras del

nuevo régimen favorecieron una reforma basada en una gran intervención estatal en defensa de una salud pública fuerte.

La participación de la profesión médica en este proceso se hizo desde un discurso redentor y épico. Tras la pérdida de las últimas posesiones de ultramar, la consigna política era la "regeneración", mientras a los profesionales médicos se les asignaba la tarea de "rehacer la vida del hogar" y "preparar el terreno para que las leyes (...) sean apetecidas, comprendidas y acatadas". Según esa visión, los médicos tenían el derecho y el deber de guiar la vida de la colectividad por la senda de la prosperidad, coincidente con la buena salud (Tolosa, 1903: 10- 11).

Para subrayar la novedad de las campañas se acuñaron nuevos términos. En el Primer Congreso de Titulares (1934) se utilizó por primera vez la denominación de médico de familia, sin demasiada fortuna. En el seno de estas cruzadas se creó en distintos países, una nueva figura profesional, la enfermera visitadora y se diseñaron nuevos espacios médicos, los dispensarios o consultorios, denominados centros de higiene en el medio rural. Estos se construyeron en barrios populares, subrayando así su interés social. La práctica dispensarial era activa; esto es, no se limitaba a esperar la llegada de enfermos, sino que se buscaban a través de reconocimientos masivos en salud. Bajo tales premisas se difuminó la separación entre salud y enfermedad, de manera que no fue tanto la necesidad la generadora de la asistencia, como en la medicina clínica, sino el riesgo (Rodríguez Ocaña y Molero, 1993:141). La continuidad entre salud y enfermedad permitió extender los cuidados a toda la población, la sana y enferma y aumentó la dependencia tecnológica. En este espacio, la educación fue la herramienta clave para corregir comportamientos "patógenos", que eran considerados inadmisibles socialmente. De esta manera se responsabilizaba a los ciudadanos de la enfermedad contraída y se neutralizaba la dimensión social de la misma.

3.1.2 La reivindicación nacionalizadora de la atención primaria. Los médicos titulares

Los dos aspectos claves de la reforma sanitaria republicana fueron el desarrollo de una atención médica de primera línea y la descentralización

autonómica (Rodríguez Ocaña, 1997)³. Por lo que se refiere a la primera, existieron dos colectivos médicos que pugnaban por conquistar el terreno de la prevención; estos fueron los expertos en salud pública (inspectores de sanidad y directores de centros de higiene) y los médicos titulares.

Los titulares habían sido protagonistas de "uno de los movimientos reivindicativos más importantes producidos en el ámbito sanitario del cambio de siglo" (Huertas, 1995). Su precariedad laboral, incrementada tras las urgencias catastróficas de la epidemia de gripe de 1918-19, les forzó a exigir la intervención del Estado y su tabla reivindicativa incluía la regulación estatal de la profesión y la nacionalización de la medicina. Algunos de los elementos que incorporaron en sus propuestas más tarde serían considerados en Europa como paradigmáticos de los servicios sanitarios públicos, como: universalización de la asistencia, sectorización, financiación a cargo de los presupuestos generales del Estado, unidad de los servicios preventivos y asistenciales, etc (Villacorta, 1989:426; Huertas, 1995).

Para Huertas García- Alejo, los logros en materia de organización sanitaria del primer tercio del siglo XX se obtuvieron en parte gracias a la incorporación de un discurso político de izquierdas al debate. A las élites intelectuales se sumaron los médicos higienistas, los técnicos del INP (Instituto Nacional de Previsión), y médicos alineados ideológicamente con el socialismo. Los médicos titulares representaron un poder influyente en las filas del Partido Republicano Radical (Bernabeu, 2000). En algún momento también buscaron identificarse como "proletariado médico" y llegaron a acercarse al sindicalismo de clase, representado por UGT; más, como ha expuesto Villacorta Baños, este acercamiento se planteaba como un medio de conseguir apoyos populares en favor de sus reivindicaciones laborales, con independencia del ideario político y social de cada cual, evitando en todo momento la beligerancia política⁴. Pese a que la coincidencia entre las tesis de izquierda, y las propuestas

³ Unas de las primeras iniciativas del gobierno republicano fue el proceso de transferencias. "Gracias a la Generalitat de Cataluña se generó un interesante debate parlamentario sobre el modelo de sistema sanitario que se debía desarrollar (debate sobre estatuto de Cataluña y Sanidad, 1932)" (Bernabeu, 2000).

⁴ "Volvió a aparecer por segunda vez en la historia de las asambleas de la Asociación de titulares la propuesta de incorporar sus luchas profesionales a la Unión General de Trabajadores: "hasta con el diablo me asociaría con tal de conseguir nuestras reivindicaciones, decía uno de los firmantes de la propuesta" (Villacorta, 1989:493).

corporativas fuera coyuntural y no respondiera a afinidades ideológicas, lo cierto es que jugó un notable papel en la quiebra del orden liberal (Huertas, 1995: 130).

La situación de inferioridad respecto a lo que ellos denominaban oligarquía médica, el descuido de los ayuntamientos en los pagos, el temor de que se dotara a los institutos municipales de higiene de personal técnico especializado y la desconfianza hacia la Administración por el incumplimiento de promesas largamente aplazadas, radicalizaron el movimiento de los médicos titulares. En este contexto de interés corporativo y no de adhesión ideológica es en el que se debe entender tanto las propuestas de socialización como el sindicalismo de la época. La colaboración de los titulares en la confección de la nueva Ley General de Sanidad que preparaba la república nunca existió, y las relaciones entre el colectivo y el gobierno fueron difíciles.

Pese a la aparente confluencia de discursos entre algunas corrientes de opinión médica y las tesis más progresistas de izquierda, el fenómeno de la nacionalización o socialización, estaba más cerca de la necesidad de ajuste de las profesiones en un Estado moderno. El Estado aparece como solución para grupos en crisis, que buscan en las filas de la burocracia el mantenimiento de su identidad social (Villacorta, 1989:487). Este fenómeno implicaba a varias profesiones y no sólo a médicos o sanitarios. De hecho, no sólo los titulares sino el resto del colectivo médico, más reacio al control estatal de la profesión, compartía la pretensión de que el Estado interviniera en ciertas materia de profilaxis, en especial en que actividades poco rentables para el mercado fueran responsabilidad del Estado; sin embargo, la actividad asistencial debía quedar exclusivamente en el dominio de los profesionales. De este modo lo preventivo y lo asistencial formaban un binomio irreconciliable y excluyente (Jiménez Lucena, 1997). Al analizar las fuerzas que participaron en el debate en la Segunda República, se ha observado que los intereses corporativos presionaron hacia la separación de las actividades preventivas y curativas, mientras las apuestas más progresistas defendían una concepción integral de los servicios sanitarios. El modelo del seguro de enfermedad mantenía el discurso corporativo médico, pues respetaba el ejercicio liberal de la profesión, de modo que el debate sobre la financiación sanitaria resultaba estrechamente vinculado al de la integralidad. Esto nos puede ayudar a entender el debate sanitario de los años de la década de 1970 en España (Jimenez Lucena, 2002).

Desde la Conferencia Internacional de Higiene Rural de 1931, la profesión médica mostró corporativamente su oposición a los Centros de Salud (CC.SS.) rurales por el peligro de que su eficacia mermara los ingresos del médico (Rodríguez Ocaña, 1994; Jiménez Lucena, 1997, 2002).

El creciente coste del ejercicio profesional debido a su progresiva tecnificación, llevó a los médicos a reivindicar del Estado que también financiara las instalaciones en las que se asistía; igualmente, en el Congreso Pro-médico celebrado en 1934 se exigió que el Estado se hiciera responsable de la recaudación de sus retribuciones, así como de vigilar la administración de las cajas aseguradoras, a la vez que se garantizara la autonomía completa de los médicos en la organización de los servicios⁵. Estas contradicciones rompían el discurso médico hegemónico contra la socialización de la medicina; cada vez se hacía más necesario que el Estado protegiera a los más desfavorecidos para preservar el estatus de la profesión, pero además se hacía imprescindible que el Estado actuara como pacificador de los conflictos internos dentro del colectivo, para presentar una posición fuerte y homogénea en la negociación del nuevo modelo asistencial. Desde este enfoque hay que entender la reivindicación de la profesión de un Ministerio de Sanidad, que independizara de la política los asuntos sanitarios, y regulara y armonizara los intereses de la profesión. Un ministerio controlado por médicos y que asumiera aquellos aspectos de la atención médica poco deseables para los intereses de la profesión (Jiménez Lucena, 2002).

En suma, las bases ideológicas de la nacionalización resultan equívocas. Uno de los criterios de legitimidad de esa funcionarización era que el Estado debía proteger a lo que había dado vida legal a fin de que siguiese cumpliendo los fines encomendados, pues se concebía la profesión como una propiedad que debía dar unos rendimientos proporcionales a la inversión del esfuerzo. Otro era el de la función social desempeñada, lo que nos sitúa, con palabras de Villacorta, “ante el sutil artificio liberal de acceder al bien público a través del interés privado” (Villacorta, 1989: 335- 6).

⁵ ([...] “se sacrificaba así el ‘espíritu liberal’ del contrato directo paciente- médico a cambio de asegurarse el cobro de los servicios (...) se intentaba también que al no existir una relación contractual directa, el cliente, el enfermo, no exigiera al médico desde determinadas posiciones, se vio en la intervención del Estado una forma de evitar el control directo de la actividad profesional por parte de los usuarios, (...) el Estado intervendría de forma neutral, pues la Sanidad estaba por encima de cualquier ideal político (...)” (Jiménez Lucena, 1997).

3.1.3. La reforma sanitaria republicana

El contexto político favorecía el entusiasmo necesario para emprender reformas. La reforma sanitaria no fue ajena al fenómeno que en España supuso el cambio de régimen. Un sector importante de la sociedad demandaba que eso se tradujera en un cambio de sociedad (Bernabeu, 2000). La presencia simultánea de un movimiento obrero potente y organizado, la presencia de representación política de izquierda en el parlamento y "un cierto número de profesionales dispuestos a llevar la sanidad hasta el último rincón de España", como se planteó en el Primer Congreso de Sanidad de 1934, más, sobre todo, unas condiciones económicas y sociales que algunos autores han llegado a calificar como propias de lo que más tarde sería denominado Estado de bienestar, eran condiciones como para que, al menos, se plantearan cambios fundamentales en el modelo sanitario (Huertas, 2000).

En la dictadura de Primo de Rivera se abordó una intensa actividad sanitaria que se tradujo en una proliferación de reglamentos sanitarios e instituciones nuevas, que fueron juzgadas, sin embargo, poco acertadas en general por los agentes europeos de la Fundación Rockefeller. En 1926 se dijo que la sanidad española tenía "un carácter primitivo" y que "era un desastre" (Rodríguez Ocaña, 2001a).

En la Segunda República hubo una ruptura con la situación anterior, como se pone de manifiesto con el aumento de los presupuestos sanitarios y la febril actividad legislativa y normativa que pretendió adecuarse a los principios de la nueva constitución y a las recomendaciones y convenios internacionales que el Estado español tenía suscritos (Huertas, 2000).

La Conferencia Europea sobre Higiene Rural, propuesta por España en 1930 y celebrada en 1931, incluyó entre sus recomendaciones la apertura de centros rurales de higiene, según el modelo de Stampar y un apoyo a las recomendaciones de la Fundación Rockefeller (Weinding, 2000). El gobierno republicano-socialista emprendió en esta línea una reforma de la atención de primera línea que partió de la experiencia piloto del programa de salud integral de Cáceres, realizado desde 1929 con financiación de la fundación norteamericana. Consistía en una organización sectorizada y jerárquica en tres niveles (primario o municipal, secundario o de distrito, y terciario o provincial) de atención unitaria preventiva y reparadora. También bajo el patrocinio de la

Fundación Rockefeller se planeó la apertura de un CS modelo, en Vallecas y una escuela de visitadoras⁶. Y se introdujo el trabajo a tiempo completo en la sanidad pública, es decir: las incompatibilidades (Rodríguez Ocaña, 2000; Rodríguez Ocaña, 2001b). Este modelo de organización se mantuvo tras la guerra civil, aunque sometido a extinción por la falta de interés del régimen de Franco.

Los gobernantes que participaron en la reforma de la sanidad emprendida en la Segunda República defendieron un modelo integral, universalizado, que hasta entonces sólo se había implantado en la URSS, con un Servicio Nacional de Salud desde 1919. Marcelino Pascua en unas declaraciones decía: “..he de seguir (...) en mi tarea de organizar sólidamente sobre bases científicas la sanidad en el medio rural (...) hasta que la higiene pública y la medicina preventiva en el campo español sea una novedad tangible sobre una base de nacionalización. Y tras ella, y a veces conjuntamente, irá surgiendo, asimismo, la socialización de la medicina curativa y de la asistencia” (Bernabeu, 2000).

A través de una Orden Ministerial de 22 de Abril de 1932 se crearon 15 centros secundarios de higiene rural. En 1933 se ampliaron a 30. La implantación de los centros rurales de higiene supuso una novedad, en cuanto a que el Estado era el último responsable de la estructura sanitaria. Los médicos locales debían dirigir los centros primarios. En el Congreso de Sanidad de 1934 se planteó el trabajo en equipo, pero finalmente no se aceptó la propuesta. Se decía allí que “La mayoría de las funciones que como primer esquema atribuimos a la higiene rural, son de tal naturaleza que responden a lo que es razonable esperar que lleguen a ser responsabilidad y cuidado directo del médico de familia con el auxilio de los especialistas precisos”. Aunque la figura y el concepto de médico de familia no quedaban suficientemente explicados en la ponencia, sí parecía claro que se diseñaba, aunque de manera ciertamente confusa, un tipo de profesional que difería del representado por los médicos titulares, aun cuando estos desempeñaban ya labores profilácticas como inspectores municipales de sanidad. La propia ambigüedad de seleccionar para los centros de higiene a aquellos médicos “deseosos de colaborar con la medicina preventiva”, así como los conflictos previstos por unas relaciones no

⁶ Este centro fue destruido en 1936 y en 1969 se sustituyó por el Centro de Demostración y Formación de Personal Sanitario en Talavera de la Reina, aunque no entró en funcionamiento hasta 1977, tutelado esta vez por la OMS.

demasiado favorables con el gobierno, suscitaron la desconfianza de los titulares asistentes al congreso de Madrid⁷.

La Ley de Bases de Régimen Sanitario del 11/7/1934 supuso el punto culminante de la reforma republicana y en ella se insistía en la coordinación de servicios, además de que los titulares se transformaron en Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria (APD). El triunfo del Frente Popular refrescó la atención por los centros de higiene y la orden ministerial de 13/2/1936 reorganizó los centros primarios y secundarios, si bien apenas tuvo tiempo de entrar en vigor antes de la guerra. La ley de sanidad franquista, no obstante, preservó el modelo sectorizado de atención en las áreas rurales, cuyo declive como centros de higiene se verificó a partir de la incorporación de la población agrícola al Seguro de Enfermedad.

Cuando observemos lo ocurrido cincuenta años más tarde, advertiremos la existencia de aspectos sociales y profesionales muy similares a los aquí enunciados, tales como la relevancia de la salud pública, la extensión del ideal de salud, la visión unificada de lo preventivo y lo reparador, el desarrollo de estructuras de atención generalista en el campo, el entusiasmo por una transformación de la sociedad, las propuestas de universalización y socialización de la medicina, la influencia de organizaciones internacionales y el juego de intereses corporativos enfrentados en el seno de la clase médica.

3.2. La renovación de la Medicina General en el marco internacional

A partir de los años de la década de 1950 la Medicina General experimentó en Occidente un proceso de revalorización que significó la adaptación a nuevas demandas y la modernización de sus principios. Este proceso resultó de la confluencia de la reorganización de la propia profesión como especialidad y del interés de la comunidad científica internacional en los preceptos de la práctica general. El estudio del proceso de especialización de la Medicina de Familia en el

⁷ Las relaciones de los titulares con el gobierno republicano fueron malas, porque para los últimos los primeros defendían intereses corporativistas. Para Marcelino Pascua otra de las raíces del conflicto fue el excesivo número de licenciados de medicina (Bernabeu, 2000).

mundo anglosajón nos permitirá un análisis comparativo que enriquecerá el proceso que tuvo lugar en España, por lo que subrayaré aquellos aspectos que ayudarán a una mejor comprensión de éste. Obviaré el estudio de los procesos de especialización latinoamericanos, porque salvo el de México (1971), todos aparecieron a partir de 1980, sucediendo temporalmente al caso español, por lo que el papel que desempeñaron como modelo profesional fue poco relevante (Roa, 1997).

3.2.1. La tradición de los Centros de salud

Hemos mencionado la ampliación de las actividades preceptivas y preventivas de la medicina que se produjo en el primer tercio del siglo XX, al hilo de la puesta en práctica de los principios teóricos de la medicina social. Vimos cómo, en España, el enfoque totalizador de la disciplina abrió las puertas en la Segunda República para una reformulación de la atención médica de primera línea. A lo largo del presente capítulo, tendremos otras oportunidades de ver cómo la medicina social aportó un sentido humanista a la medicina que sintonizó con el discurso regeneracionista de los médicos generales. Aunque la relación entre la medicina de familia y la salud pública no fue siempre de apoyo, muchas de las experiencias que se exponen a continuación comparten territorios comunes a ambas disciplinas.

La internacionalización del modelo de CC.SS. norteamericanos se hizo gracias, entre otros motivos, al estímulo de la Fundación Milbank, Rockefeller y la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones, entre otras instituciones, que defendían un abordaje integral de los problemas de salud (Rodríguez Ocaña, 2002: 28- 9). Los *Health Centers* eran centros instalados en núcleos urbanos marginales con población inmigrante, como el del distrito polaco de Milwaukee en 1911. Sus funciones eran la ayuda social, estadística, inspección escolar y asistencia médica preventiva. Su máxima difusión tuvo lugar en la Europa de entreguerras. Para Andrija Stampar, que lideró el modelo y sería nombrado más adelante el primer director general de la OMS (Organización Mundial de la Salud), los médicos debían ser “trabajadores sociales” en vez de estar confinados improductivamente en hospitales (Weinding, 2000).

Una de las referencias más remotas de atención primaria fue el llamado informe Dawson, publicado en Gran Bretaña en 1920. Dawson proponía dos tipos de CC.SS.: primarios con habitaciones, radiología, laboratorio y servicio de fisioterapia; y secundarios, con especialistas. Los *general practitioners* (GP) trabajarían en equipo en los primarios, y desempeñarían simultáneamente actividades preventivas y asistenciales. La labor preventiva de los GP era especialmente importante en lo referente a la salud maternoinfantil. El informe Dawson fue muy criticado por el estamento médico y no tuvo una aplicación práctica⁸. No obstante, su relevancia es tradicionalmente reconocida por participar de la retórica discursiva de la medicina social y la atención primaria, ilusionando por ejemplo, al sector más joven de la comunidad médica en Sudáfrica, que las recibió con entusiasmo a través de las estimulantes visitas de Siegrist a finales de la década de 1930 (Marks, 1997). También constituyó una fuente de inspiración para el movimiento de apertura de los Centros vecinales de Salud en Estados Unidos en los años de la década de 1960 (Tollman, 1991), mientras que otros autores enfatizan su carácter visionario, al verlo contenido en el modelo de atención primaria de la OMS.

Emparentado con el modelo de CC.SS. de Dawson, aunque mucho menos de lo que una visión histórica superficial nos pudiera ofrecer, el *Peckham Pioneer Health Center* (PHC) fue inaugurado en 1926 en Londres, por George Scott Williamson e Innes Pearse, ambos médicos muy cualificados (Lewis and Brookes, 1983). Este centro cerró temporalmente en 1930, por motivos económicos, reanudando su actividad cinco años más tarde en otra ubicación londinense hasta 1950, salvo el periodo de la guerra. Sus creadores se inspiraron en los trabajos de MacKenzie, que en 1919, publicó bajo el título de "El futuro de la Medicina" una crítica a la práctica médica contemporánea. En esta crítica se destacaba el papel del médico general para comprender al paciente como persona (Pereira Gray, 1983). Lo original del PHC, y por lo que su recuerdo aquí es obligado, radica en la manera en que implicó a la comunidad local en el desarrollo de la "salud positiva" y por su abordaje vanguardista de la salud maternoinfantil. Partiendo del convencimiento de que la familia era clave en el desarrollo social del individuo, se invitaba a estas a someterse a un paquete de actividades de promoción de la salud, que incluía algunas de carácter lúdico porque entendían que eran

⁸ Para Sidel, esta aplicación exigía una estructura social que no estaba presente entonces en ningún país (Sidel y Sidel, 1977).

beneficiosas para su desarrollo. El estándar de salud que Williamson y Pearse proponían negaba que las personas pudieran ser felices con pequeños trastornos, como la caries dental. Pero lo que menos se conoce de su propuesta es la absoluta separación entre promoción de la salud y tratamiento de las enfermedades. Para Williamson y Pearse, los GP debían procurar la recuperación de la salud, pero nunca debían ocuparse de la prevención, "porque la ética médica le impedía visitar a un paciente si este no se lo pedía". Sin embargo, paradójicamente, Williamson y Pearse defendieron la organización de los servicios médicos en torno al GP, en detrimento de la especialización desmesurada (por ejemplo, los autores apoyaban que los GP controlaran las camas hospitalarias). Williamson propugnaba un nuevo GP que trabajara en un equipo de 10- 15 médicos en un "centro terapéutico o *cells*" bien dotados de medios materiales, radiología y laboratorio. El centro tendría una función docente para el posgraduado lo que mejoraría su reconocimiento en la comunidad científica. Para Williamson la financiación de los centros debía rehuir la asalarización, porque ello lesionaría la autonomía del médico. Los *cells* se acercaban a los centros primarios del informe Dawson, pero la separación que Williamson y Pearse hicieron de la medicina preventiva y asistencial, fue uno de las causas del fracaso de esta opción, al divergir de la corriente internacional que tendía a su integración.

Como veremos, la integralidad de la atención sanitaria desempeñó un papel muy importante en la retórica de la nueva Medicina de Familia. Rodríguez Ocaña cita la contribución del eminente gastroenterólogo, John Ryle (1889- 1950), que en torno a la II guerra mundial planteó en Gran Bretaña la necesidad de construir una medicina social, enfocada hacia la promoción de la salud. Su crítica a la medicina clínica se apoyó en una consideración holística de la persona y en el deseo de construir un humanismo científico, comprometido con la construcción de una sociedad nueva (Rodríguez Ocaña, 2002: 27).

En Sudáfrica (Marks, 1997), a principios de la década de 1940 tuvo lugar un movimiento basado en la medicina social y la atención primaria. Una experiencia que influyó en el desarrollo comunitario de la Medicina de Familia a nivel internacional, en el movimiento de Centros de Salud vecinales en Estados Unidos y en las doctrinas

de la OMS, a través de su principal impulsor, Sydney Kark⁹. Su puesta en marcha se hizo en un marco político de apertura democrática, receptivo al discurso de la medicina social que reconocía su inspiración en el informe Dawson británico. El Ministerio de Sanidad, y en respuesta a un estudio nacional que desvelaba el estado de malnutrición de la población y la inadecuación de los servicios sanitarios, encargó al matrimonio Sidney y Emily Kark, médicos recién licenciados por la Universidad de Johannesburgo e interesados en el estudio de la relación de la pobreza con la enfermedad, la creación de un CS rural que se convirtió en el prototipo de cuarenta más desarrollados durante la década de los 40 y 50.

Este centro piloto se construyó en Pholela (Natal), una zona rural muy deprimida del país. La filosofía de este centro unificaba la atención curativa y preventiva y veía la comunidad como un paciente, a cuyo diagnóstico social, cultural y ambiental debían acercarse. Se acuñó el término de "síndrome comunitario" para designar "la compleja interacción de determinantes como la malnutrición, enfermedades transmisibles y mentales en una población rural de rápido

Figura 1. Drs. Sidney y Emily Kark, Pholela, Natal, c. 1940.



⁹ El profesor Kark, médico de familia y epidemiólogo, concentró sus experiencias en un libro titulado *The practice of community oriented primary health care* (1981). La difusión internacional del modelo Karkiano tuvo lugar gracias a las múltiples conferencias y congresos internacionales, así como a las visitas que sus artífices realizaron a los distintos centros en el mundo (Gofin, Foz, 1999).

La revitalización de la atención primaria en el siglo XX

Fuente: Theodore M. Brown and Elizabeth Fee Sidney Kark and John Cassel: Social Medicine Pioneers and South African Emigrés. American Journal of Public Health, 2002, 92 (11): 1744-1745.

crecimiento", de la que Pholela era un claro ejemplo. Otros conceptos nuevos fueron los de "diagnóstico comunitario", "equipos de salud", "educación para la salud" y "orientación comunitaria". La epidemiología se convirtió en un instrumento habitual para la medida de salud de la población, punto de partida "para la acción" de cambiar las condiciones que la afectaban. Se trabajaba en equipos multidisciplinarios, formados por un médico de familia, enfermera de familia y educador comunitario de salud. Se hacían frecuentes visitas a las casas, y una de las actividades centrales de las enfermeras era el diagnóstico del "ambiente familiar". En 1942 el Partido Unitario del gobierno nombró una comisión para la creación de un Servicio Nacional de Salud, basado en centros de salud, que seguirían el modelo de Pholela. En esta comisión estaba Kark como asesor. La comisión creó en 1945 un Instituto de Salud Familiar y Comunitaria cerca de Durban, con fines docentes e investigadores (Tollman, 1991). Aunque el proyecto nunca contó con el respaldo de la mayor parte del colectivo médico, se emprendió gracias al dinamismo de médicos progresistas, cercanos a los círculos políticos de poder y del sector más joven de la comunidad médica, ilusionados con el discurso de la medicina social. No fueron ajenas a su implantación razones que garantizaban la rentabilidad de un modelo más económico para atender una población empobrecida, cuyas enfermedades no sólo diezmaran su capacidad productora sino amenazaban los presupuestos de los hospitales que los atendían. El discurso economicista que apoyó el modelo, también lo sepultó y desembocó en la marginación de los centros, como la opción más barata para el cuidado de los negros, mientras el sector privado acaparó la medicina curativa y el interés de las inversiones. Y esto, a pesar de que los CS habían demostrado un notable éxito en la reducción de la mortalidad infantil y las enfermedades infecciosas (Marks, 1997). Esta tendencia precedió al clima de *apartheid* que reinó a partir de la llegada al poder del Partido Nacionalista, profundamente conservador, que interrumpió la financiación del Instituto y los CS, de manera que para finales de la década de 1950 tuvieron que cerrar pese a los esfuerzos de sus trabajadores (Tollman, 1991). El fuerte anticomunismo de los

nacionalistas, alimentado por el ambiente de la guerra fría, rechazó los conceptos de medicina social y socialización de la medicina (Marks, 1997).

Parte de los inspiradores del modelo emigraron a Israel, donde dieron continuidad a la experiencia de Pholela y Durban en el Kiryat Yovel, un suburbio del oeste de Jerusalén con una gran mezcla étnica y alta densidad de población inmigrante, en el que en 1959 establecieron un centro piloto. El proyecto implicaba a la OMS, el Ministerio de Sanidad israelí, la organización sindical, y la Hadassah Medical Organization. Su objetivo era "desarrollar un trabajo teórico y organizativo de enseñar los principios de la medicina social y salud pública los trabajadores sanitarios para la práctica de la salud pública y la medicina comunitaria en Israel". Entre 1969 y 1987 se desarrollaron en el Kiryat Yovel dos programas: el PROD de crecimiento infantil (dedicados a niños de familias con bajos ingresos y pobre educación) y otro destinado a adultos con enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la aterosclerosis, programas que incorporaban aportaciones de las ciencias del comportamiento, clínica y epidemiología (Tollman, 1991).

A pesar de que las características peculiares de la organización sanitaria y la sociedad norteamericana, más competitivas y complejas, hicieron particularmente difícil la aplicación del modelo clásico de Kark, paradójicamente la medicina comunitaria despertó un gran interés en este país. Quizá se consideró una respuesta al creciente coste del sistema sanitario estadounidense. La relación entre el movimiento de CS vecinales (o comunitarios) y el modelo Karkiano, ha sido ampliamente reconocida. Los Centros vecinales de Salud se desarrollaron a mediados de la década de 1960 y se concentraron en poblaciones de bajos ingresos, con el objetivo de estimular el desarrollo en un sentido global. Iniciados en zonas urbanas de alta inmigración, recibieron un impulso decisivo con el lema del presidente Johnson: "guerra contra la pobreza". Su financiación procedía del Ministerio de Economía mas que del de Sanidad. Muchos de estos centros se implicaron profundamente en la participación activa de la comunidad¹⁰. Destacaron el CS de Tufs- Delta que servía a una comunidad rural de Mississipi y el CS del Bronx

¹⁰ La participación comunitaria fue un rasgo esencial de la COPC (*Community Oriented Primary Care*) en Estados Unidos y sin embargo no fue considerado como tal por Kark (Tollman, 1991).

en Nueva York. La propia comunidad suministraba los trabajadores que le servían, para lo cual eran entrenados. El modelo de estos Centros vecinales de Salud fue amenazado intermitentemente por las administraciones republicanas (Nixon, Ford, Reagan) (Sidel, and Sidel, 1977)¹¹. Pese a estas interrupciones, en 1980 había ya 800 centros en todo Estados Unidos que atendían a seis millones de personas (Tollman, 1991).

3.2.2. La especialidad de Medicina de Familia en países anglosajones

El informe Flexner de 1910 marcó no sólo cambios institucionales sino cambios profundos en la naturaleza del conocimiento médico y el papel de los médicos en Estados Unidos. Las reformas de Flexner prepararon la medicina para la llegada de la tecnología y de la especialización (Mc Whinney, 1975). En 1926 *The Lancet* temía que la Medicina General desapareciera marginada por las especialidades (Digby, 1999), cuyo crecimiento se identificaba con la creencia en el progreso y los efectos beneficiosos de la división del trabajo (Rosen, 1972). La creciente especialización redujo el prestigio de los médicos generales y estrechó su campo de actuación y, por tanto, de poder, proceso que se aceleró a partir de la publicación de la "lista oficial de especialidades" en 1930, en los Estados Unidos de América. Tras la II Guerra mundial, las dudas sobre la competencia y cualificación de los médicos generales se afianzaron sobre la sociedad y la comunidad científica (Keith, 1977). Hay un consenso casi absoluto en lo que se refiere a la responsabilidad de la especialización médica en el declive de la Medicina General (Canfield, 1976). La cantidad de médicos generales descendió peligrosamente y pasó del 76% de los médicos privados en 1940 en Estados Unidos al 45% en 1960 y el 21% en 1970¹². La Medicina General era "una especie en extinción" (Woods, 1979). La seducción que experimentaban los médicos jóvenes por las especialidades, disminuyó drásticamente la proporción de los que elegían la Medicina General, vista por los recién licenciados como un trabajo más arduo y menos prestigiado (OMS, 1964b). La visión fragmentaria de la persona que se ofrecía en las Facultades de Medicina, impartida por especialistas, condenaba inevitablemente a que el ejercicio

¹¹ Como vimos en Sudáfrica, el contexto político fue determinante en el desarrollo de la medicina comunitaria en USA (Tollman,1991). Otros autores como Sidel y Marks, subrayan esta relación entre orientación comunitaria de la medicina y contexto político.

¹² Organización Mundial de la Salud, 1964a); Taylor, 1995.

de la Medicina General estuviera en manos de licenciados frustrados (“¿en qué Facultad se transmite la fascinación de la detección precoz y el tratamiento del 80% de los problemas de salud y la habilidad para saber cuándo es necesario derivar el otro 20% y la satisfacción de la relación con el paciente y su familia?” (Buttler, 1966). Las Facultades de Medicina disuadían del interés por la medicina general:

“Desde que entré en la Facultad con la intención de ser médica de familia, me enfrenté a todas las formas de denigración. Recuerdo que durante el primer año (...) se nos amenazó al 30% que expresamos el deseo de hacer Medicina de Familia, con que sólo un 10% lo conseguiría. Ciertamente es que a los cuatro años estas predicciones se cumplieron. Se nos advirtió de que la Medicina de Familia era una “novedad”, que pronto perdería popularidad...”(Cincotta, 1975)

La frustración a la que conducía la decisión de dedicarse a la *General Practice* como elección residual, determinada por presiones económicas y familiares, ha sido puesta de manifiesto en el trabajo de Bevan (Bevan, 2002)¹³. Para referirse a ella se usaba una expresión de Lord Moran que describía a los GP como “los médicos que se habían caído de la escalera” (Loudon, Horder and Webster, 1998). La especialización exigía una inversión que muchos recién licenciados no podían permitirse en plena posguerra. La inexistencia de formación posgraduada en GP, o de cátedras contribuía a crear una imagen de los generalistas como intelectualmente inferior a sus colegas hospitalarios.

Los primeros intentos de organización de los médicos generales para prestigiar su práctica surgieron en EE.UU. en los años cuarenta. En 1941, la junta directiva de la *American Medical Association* (AMA) propuso instaurar un Tribunal certificador para Medicina General (*General Practice Certifying Board*) (Taylor, 1995). En 1946 se organizó la Sección de *General Practice* de la AMA, lo que supuso la primera organización profesional de médicos generales con alcance nacional. Su primer presidente, Winsgate Johnson, vio la necesidad enfatizar el acercamiento holístico a la persona y su familia. En 1947 se fundó la *American Academy of General Practice*,

¹³ Este trabajo intenta ver la influencia de la familia en la transmisión de valores y creencias de los GP a partir de una serie de entrevistas recopiladas bajo el título *The oral history of general practice in Britain, 1935- 1952*.

primera sociedad científica que exigía formación continuada como condición para la afiliación (Lewy, 1977; Taylor, 1995).

En Gran Bretaña, la organización de los médicos generales estuvo muy vinculada a la instauración del *National Health Service* (NHS) en 1948. Para algunos (Loudon, 1984; Digby, 1999), el NHS, como ocurrió con el anterior Seguro de Enfermedad en 1911, favoreció a los médicos generales al asegurar su supervivencia económica. Para otros, el NHS precipitó la decadencia que sufría la Medicina General lo que produjo en la GP "la más profunda depresión, de la que sólo pudo levantarse veinticinco años más tarde" (Marinker, 1998).

Cuando llegó el NHS, la moral entre los GP estaba ya muy baja, por la insatisfacción en el trabajo y la desincentivación económica (Tudor Hart, 1985; Digby, 1999)¹⁴. Se había hecho una labor propagandística desde el gobierno sin invertir en la educación sanitaria de la población, que abusaba de unos servicios gratuitos. Para Digby, el NHS produjo más una reorganización en la asistencia, producto de la extensión de la cobertura, que su transformación real. La discontinuidad histórica atribuida al NHS sería más bien una percepción engendrada por el sentido de justicia social que inspiraba la universalización de la asistencia médica como derecho, y que invirtió la asimetría clásica de la relación de los GP con sus pacientes.

Muchos médicos emigraron a otros países anglosajones (Loudon, Horder, Webster, 1998). La presión asistencial amenazaba gravemente los tiempos de consulta y la calidad de la atención. La carga de trabajo era insostenible. Para cubrir las demandas los médicos generales se vieron obligados a degradar su práctica: las prescripciones repetidas eran realizadas por los administrativos sin ver a los pacientes, y lo mismo sucedía con los certificados médicos (Gibson, 1988). Los médicos generales fueron totalmente apartados del cuidado de sus pacientes en el hospital, lo que profundizó la distancia entre los GP y los especialistas hospitalarios (Hart, 1984). Para Tudor Hart, esto tuvo un efecto catastrófico sobre la Medicina General, que quedó excluida del progreso científico, y consolidó la opinión de que era de categoría inferior (Tudor Hart, 2000).

¹⁴ Ambos autores coinciden en el papel que jugó la "baja moral" en la cohorte de GP que lideró la reconstrucción de su especialidad.

En 1950, Joseph Collings, un médico general procedente de Harvard, publicó en *Lancet* un artículo muy crítico, que llegó a ser muy popular ("*General practitioners in England today: a reconnaissance*", *The lancet*, 25 March, 1950, 555-85). Collings era un activo miembro del colegio australiano de GP que visitó Gran Bretaña en los primeros años de instauración del NHS. El escenario que dibujó se caracterizaba por la masificación de las consultas, el abuso farmacológico, el exceso de burocracia y la rutina. Collings encontró que los GP recibían entre 30-50 pacientes en sus consultas durante la mañana, otros 30-50 durante la tarde, y aún realizaban 38 visitas a domicilio, con un descanso para comer entre las 11:00 y las 16:30 (Tudor Hart, 2000). El sistema penalizaba las aspiraciones de formación de los médicos, la sensibilidad y la búsqueda de calidad y superación en el trabajo. La mayor diferencia respecto a la situación previa a la instauración del NHS era que el GP ahora tenía muy poco control sobre su carga de trabajo, que se imponía como un derecho desde la población¹⁵. Las altas demandas se acompañaron de un abuso farmacológico¹⁶. Aunque muchos criticaron que su informe generalizara una situación que afectaba fundamentalmente a las grandes urbes británicas, lo cierto es que su difusión constituyó un gran revulsivo para los GP y condujo a la *British Medical Association* (BMA) y a la *Nuffield Foundation* a realizar sus propias investigaciones que publicaron conjuntamente como *A field survey of general practice, 1951- 2* (Hadfield S.J., *BMJ*, 26/9/1953, 683- 706). Este como el publicado por Taylor en 1954, mostraban un panorama menos desolador, pero no compensaron el efecto inquietante que el informe Collings había conseguido provocar entre la profesión médica. En definitiva, el informe Collings aglutinó y conectó con el espíritu de malestar e insatisfacción de los médicos generales británicos, que había precipitado la instauración del NHS. Para muchos, Collings fue

¹⁵ Antes del NHS los trabajadores temían ofender a sus médicos, porque ello podía perjudicar a sus desprotegidas familias, pero tras el NHS el servicio médico fue considerado como un derecho. Aunque el respeto se mantuvo en áreas rurales y suburbanas, lo que ayudó al control de la demanda, en áreas urbanas pobres, cuyos servicios sanitarios habían sido previamente inadecuados, la demanda se desbordó agresivamente. Se instaló en la población la creencia de "yo he pagado para que tú hagas lo que yo quiera". (Loudon, Horder, Webster 1998). Las altas demandas desviaron la función del médico general hacia la de gatekeeping, lo que unido al poder que la legislación trasladó al paciente, distorsionó la relación médico-paciente, creando tensiones en la misma (Bevan, 2002).

¹⁶ El abuso farmacológico también alteró la relación médico paciente en varios sentidos: primero de exigencia construida sobre una expectativa excesiva y después sobre el de abuso, con la posterior crítica y desconfianza por la yatrogenia generada. (Tait and Graham- Jones, 1998). Véase el paralelismo entre esta situación y la vivida veinticinco años más tarde en España inmediatamente antes del nacimiento de la especialidad de Medicina de Familia (capítulo 4).

el primero en defender una reforma de la educación médica, consiguiendo la movilización de la opinión hacia un cambio constructivo: los médicos de familia se vieron obligados a redefinir su trabajo, a desarrollarse dentro del sistema como algo más que simples firmantes y a permitir el uso de la tecnología de una manera racional. Este fue el discurso construido por los GP (Tudor Hart, 2000; Loudon, Horder, Webster, 1998).

El NHS se instituyó negociando exclusivamente con los especialistas. Aunque el programa político con el que alcanzó el poder el Partido Laborista incluía la construcción de los centros de salud, esta apenas se puso en marcha en parte por la oposición de los GP¹⁷, dentistas, ópticos y farmacéuticos. Este rechazo mostraba la resistencia de la profesión a perder su estatus tradicionalmente liberal (Sidel and Sidel, 1977) e integrarse en las redes locales de asistencia, con las que históricamente habían mantenido unas pésimas relaciones, aparte de la sobrecarga de trabajo que suponía la nueva política sanitaria. Uno de los puntos claves que centraron el diálogo entre el gobierno y los GP, a través de sus representantes de la BMA, de 1943 a 1956, fue la mejora de las retribuciones, finalmente conseguidas. Sin embargo, el hito que según la mayoría de las mitologías marcó la historia de la GP británica fue la Declaración del Médico de Familia, *Family Doctor Charter*, de 1966, en torno a la cual se congregaron las voluntades de la mayoría de los generalistas, que fueron asumidas por la BMA. La *Family Doctor Charter* adoptó casi un carácter fundacional, y produjo cambios organizativos importantes en la práctica al favorecer el trabajo en equipo mediante la contratación de personal auxiliar y la adquisición de nuevos edificios. También consiguieron un programa de formación de posgraduados dirigido por los propios médicos generales, principalmente a través de su nuevo colegio (Tudor Hart, 1988b). En palabras de Tudor Hart (1988) la carta de los médicos de familia proporcionó la base de independencia ideológica al colegio, permitiéndole desarrollar un modelo médico diferente al hospitalario. La solidez de esta Declaración queda demostrada por su vigencia hasta 1990 (Loudon, Horder, Webster 1998).

¹⁷ En una votación celebrada por la BMA en enero de 1948, el 84% de los GP votó en contra del NHS (Loudon, Horder, Webster, 1998).

El *Royal College of General Practitioner* (RCGP), desempeñó un importante papel en la movilización profesional que condujo a la *Family Doctor Charter*. El RCGP fue fundado a finales de 1952 con el objetivo de generar una red de comunicación para GP interesados y, eventualmente, llegar a constituir una voz académica (Pereira Gray, 1998). Marcó un punto de inflexión en el sentido de una buena praxis (Gibson, 1988), pues estimuló un movimiento que remontó el prestigio de la Medicina General y constituyó un referente a nivel mundial, por su espíritu de progreso (Tudor Hart, 1984, 1985). El Colegio colaboró en la legislación, en la creación de los equipos médicos, la contratación de enfermería y personal auxiliar, y mejoras arquitectónicas. También fue muy activo en la formación de los postgraduados (Tudor Hart, 1985), para lo que elaboró unos estándares de formación y práctica (Tait and Graham- Jones, 1998). El RCGP lideró un proceso de construcción de una nueva identidad y rol para los GP (Bosanquet and Salisbury, 1998), aunque no representaba a la totalidad de los médicos de cabecera británicos, sino apenas el 10% en sus comienzos y sólo en 1990 alcanzó el 50% (Drury, 1998). Muchos médicos no participaron por entender que se trataba de una organización elitista que se proponía dividir a la profesión entre buenos y malos (Tudor Hart 1984, 1985). De hecho, el Colegio estableció, no sin cierto debate interno, un examen de ingreso en 1972 (Loudon, Horder, Webster 1998). Esta organización aplicó un principio clásico común a todos los procesos de especialización médica, esto es, la regulación del reclutamiento de miembros para distinguir la nueva práctica de la del resto de sus colegas (Medina Domenech, 1993), lo que constituyó un mecanismo básico, pero eficaz, para mantener la pureza de la especialidad.

En Canadá, como en Gran Bretaña, una minoría beligerante de médicos generales deseosos de transformar su práctica tomaron la iniciativa de fundar el Colegio de *General Practice* (posteriormente *Family Physicians*) en 1954. El informe Clute de 1963, que criticaba el trabajo que realizaban los médicos generales de Nueva Escocia y Ontario, supuso un estímulo para los médicos más concienciados en cambiar su práctica profesional (Perkin, 1997). En sus comienzos el colegio se dedicó a proporcionar formación postgraduada a los médicos generales y a enseñar la práctica general entre los estudiantes de medicina. Paulatinamente fue desempeñando un papel cada vez más importante en la especialización en Medicina de Familia, constituyéndose en referencia mundial. Como en Gran Bretaña, el

Colegio no incluyó a todos los médicos generales en ejercicio (aproximadamente dos terceras partes quedaron fuera) y se identificó con el sector más elitista de la profesión (Woods, 1979). El eslogan del Colegio canadiense, "en el estudio reside nuestra fuerza", ilustra la invisibilidad de otras barreras de exclusión en la construcción de la especialidad, no por ello menos eficaces.

Podríamos decir que en gran parte del mundo anglosajón la organización de la Medicina General fue inicialmente un proceso limitado a la actuación de un segmento profesional preocupado por la denigración de su práctica, de manera que la exclusión de muchos constituyó inicialmente un instrumento básico en la retórica de revitalización y renacimiento de la disciplina.

La pertinencia de esta retórica se hizo claramente patente en el proceso norteamericano de especialización, que sólo triunfó cuando los nuevos profesionales se desprendieron de la denominación inicial de "médicos generales", que evocaba significados arcaicos y anticientíficos (Magraw, 1971). A su vuelta de USA en 1964, Mc Whinney señalaba cómo los fundadores americanos del *Board of Family Medicine* habían repudiado el nombre de GP, por que se asociaba a un tipo de práctica que era deplorado en los círculos académicos (Marinker, 1998). El cambio de nombre contribuyó a enfatizar la renovación de la función del GP en el sistema sanitario y su especificidad, y la batalla entre la multitud de comisiones generadas refleja la importancia que alcanzó este asunto. Los documentos del Comité de expertos de la OMS y la Comisión Willard proponían *family practice* o *family physician*. La Comisión Nacional de Salud Comunitaria apostaba por el de *personal physician* y la Comisión Millis, defendía el de *primary physician*. Entre todos ellos, el que triunfó fue el de *family physician* (Lewy, 1977), que era más descriptivo y dignificador, con una resonancia política llena de ecos afectivos (Loudon, 1984). Para los GP el término subrayaba su dedicación a una parcela poco clínica y quirúrgica, que los haría poco competitivos y convertiría en "eunucos de la medicina". En Gran Bretaña el término *family doctor* fue utilizado desde el *Act* de 1911, pero nunca con la fuerza de que alcanzó en EE.UU. (Marinker, 1998).

3.2.3. Elementos discursivos de la especialidad

Para Digby, los recursos principales en los que los GP basaron su competencia frente a los colegas especialistas, fueron: su capacidad para atender la mayor parte de los problemas de la comunidad, la introducción de prácticas preventivas, y las habilidades sociales para atender a la persona. Estas tres capacidades produjeron una retórica tan eficiente que, para competir con las especialidades no se vieron en la obligación de incorporar ninguna tecnología a su práctica. Desde las agencias internacionales la Medicina de Familia se dibujaba como aquella forma de asistencia médica y social integrada y completa a los pacientes de la colectividad; caracterizada por el acceso directo, la continuidad, la atención personal y familiar, y la asunción de responsabilidades tanto preventivas como curativas (OMS, 1963; OMS, 1964 b).

3.2.3.1. La atención integral a la persona. El humanismo como categoría de análisis

A partir de 1950 la comunidad médica internacional tomó conciencia de que el médico que salía de las facultades no estaba preparado para atender los problemas de la población. Se hacía necesario un profesional que manejara la mayor parte de sus demandas y para ello era imprescindible reconsiderar la figura del médico general.

El eje principal sobre el que descansó el grueso de la retórica de la Medicina de Familia fue la atención a la persona en su complejidad. Las personas enferman como un todo y no en partes, y el todo es diferente a la suma de las partes. La especialización concentró los cuidados médicos y la educación en los hospitales, pero el hospital aísla la enfermedad de su contexto, por lo que no es de extrañar que la medicina moderna descuidara la etiología en su sentido más amplio. McKenzie (el mismo que influyó sobre Dawson, Williamson y Pearse) en 1919 confesaba que tras su esmerada preparación como internista, no podía reconocer la mayoría de las enfermedades de sus pacientes (citado por McWhinney, 1975). El especialista, por definición, crea límites a las clases de enfermedades. Se imponía una figura que explorase al paciente previamente a la consulta con el especialista y dotada de la versatilidad y flexibilidad que le permitieran resolver un amplio rango de necesidades humanas (OMS, 1963; Reichel, 1983). Además, la visión del especialista sigue un

proceso de análisis, mientras que el ejercicio de la medicina requería síntesis (OMS, 1964a).

La Medicina de Familia no podía competir con el resto de las especialidades en la profundidad de unos saberes (Lewy, 1977). El médico que atiende a una población indiferenciada de 1.500 pacientes no puede competir en habilidades técnicas con un especialista que atiende a una población seleccionada de 50.000, pero esa carencia era suplida por un conocimiento de otro orden: el de la persona y su medio (lo que Mc Whinney, 1975, llamaba "conocimiento vital"). La accesibilidad y la continuidad¹⁸ se constituyeron en componentes decisivos de la nueva Medicina de Familia. La práctica general era el espacio de la medicina indiferenciada, el lugar en que medicina y sociedad se encuentran. El acceso directo significaba que el médico no puede prever lo que trae al paciente, el paciente podía tener cualquier enfermedad o no tener ninguna. La accesibilidad y la continuidad de ejercicio general de la medicina, unido a su incertidumbre, transforman la relación médico- paciente, haciéndola más abierta y menos autoritaria. El médico personal¹⁹ debía convertirse en intérprete del paciente en un doble sentido: ante el sistema sanitario y del sistema sanitario hacia el paciente, manteniendo la responsabilidad en todo el proceso (OMS, 1963; Reichel, 1983).

Un argumento que se esgrimía para explicar el peso de los factores sociales y culturales en la práctica médica era el espectacular descenso que había experimentado la patología infecciosa, lo que permitía al médico de la colectividad dedicar más atención a otros aspectos, que se convirtieron en características diferenciales de su práctica (OMS, 1963). Otros sin embargo opinaban que la disminución de la necesidad de seguimiento por patología infecciosa fue nefasta para la relación médico paciente (Gibson, 1988). Sea como fuere, lo cierto es que el valor concedido a los aspectos humanistas de la práctica médica fue central en el discurso

¹⁸ La continuidad fue criticada por la movilidad de la población. Mc Whinney (1975) se apoyaba en estadísticas para demostrar que ese fenómeno estaba magnificado: la mayoría se movían en el mismo municipio a edades tempranas para fundar una familia. Los médicos de familia también constituían un elemento estable en la población.

¹⁹ Utilizo intencionadamente estos términos para reflejar la falta de acuerdo existente en la conferencia de Edimburgo sobre la denominación más afortunada para designar al médico de la colectividad, como también se le llamaba: "médico de primera línea", "médico de familia", "médico personal", "médico general".

anglosajón de recuperación de la Medicina General, posiblemente para aprovechar la insatisfacción generada por los excesos de la práctica especializada.

La invocación del humanismo para legitimar su diferencia frente al resto de las especialidades médicas ha sido un elemento recurrente en la historia de la Medicina General. Para Loudon el "rol pastoral" del médico general ha constituido un factor cohesionador del colectivo. Hasta pasado el primer tercio del siglo XVIII, los componentes afectivos de la relación con el paciente tenían un carácter particular y ocasional. A partir de entonces los elementos emocionales de la práctica general vertebraron la identidad de los médicos generales, especialmente en épocas de crisis, aunque la radicalización de estos valores provoca intermitentemente la acusación de ignorancia clínica e ineficiencia (Digby, 1999). Esta antítesis permite un recorrido pendular por la trayectoria histórica de la Medicina General, lo que Loudon llama "mito recurrente". Esto es, la Medicina General sufre la amenaza de inminentes desapariciones, con posteriores reapariciones a intervalos más o menos regulares en los últimos cien años, en función del grado de humanismo predominante en la sociedad.

La creciente incorporación de las mujeres a la profesión podría haber reforzado los aspectos humanistas de la profesión (Digby, 1999). En este sentido, el énfasis de los GP en un abordaje más integral de los problemas de salud podría explicarse desde la feminización de la profesión (Riska, 2001). Por otra parte, la emergencia del feminismo ha desempeñado un papel entre los cambios culturales que contribuyeron a articular un clima de desafío al orden previo, del que la Medicina de Familia se erigió en exponente (Tait and Graham- Jones, 1998).

Estos cambios en la percepción de los problemas del paciente no constituyeron nada cosmético y trivial, sino que moldearon profundamente el discurso y el lenguaje de los médicos de familia que tuvieron que importar valores y métodos de la epidemiología, el psicoanálisis, la sociología, la psicología social, la teoría empresarial, la filosofía política y ética, que venían a cubrir las insuficiencias del modelo biomédico (Marinker, 1998). Los trabajos a los que clásicamente se atribuye la movilización de los GP (Collings, Hadfield, y Taylor) insistían en la importancia que la Medicina General tenía para mantener la confianza de la población, aunque eludían el aspecto técnico de las habilidades que la permitían. Sin

embargo, las recomendaciones internacionales eran unánimes en la necesidad de introducir reformas en la enseñanza universitaria, consistentes en la incorporación de la Sociología, Psicología, Psiquiatría y Medicina Preventiva y Social para adecuar los médicos a las necesidades de la población. Una mejor preparación en este sentido contribuiría sin duda a la deseada revitalización de la Medicina General. Los llamamientos a un acercamiento a las ciencias del comportamiento y la medicina social se convirtieron desde entonces en una constante de todo el proceso de reformulación de la Medicina de Familia (OMS, 1963). Para Marinker (1998) interés en los valores psicológicos y la relación médico paciente no puede dissociarse de las modas hippies, la liberación sexual o el consumo de cannabis, anfetaminas o barbitúricos en los conciertos de los Beatles, que alcanzó su acmé a finales de la década de 1970. Representan la explosión en los diagnósticos psiquiátricos y la prescripción de tranquilizantes.

La influencia del psicoanálisis y la sociología en la Medicina de Familia fue muy poderosa. En 1966 McWhinney probablemente el líder teorizador mundial de la *General Practice*, publicó en *Lancet* su famoso artículo: "*General Practice as an academic discipline*"²⁰, tras una visita para comprobar *in situ* la evolución de la emergente especialidad en los Estados Unidos. En este artículo proponía como prioridad crear un lenguaje nuevo para la disciplina, que le otorgara una independencia y un cuerpo único de conocimientos, con habilidades clínicas específicas, capaz de soportar una investigación y poseer un filosofía propia. Para este autor, la psicología ofrecía una dimensión que permitía modular el diagnóstico de una forma que reflejaba más adecuadamente la complejidad de la persona (Marinker, 1998). Esta filosofía es claramente deudora de Michael Balint, un psicoanalista hijo de un GP, que dedicó sus esfuerzos a una suerte de "evangelización psicoanalítica" (él mismo lo definía como "función apostólica") entre los médicos generalistas. Trabajó con grupos de ellos sobre la relación médico paciente, y aunque el número de los que participaron fue relativamente pequeño, casi todos fueron líderes importantes del RCGP y de departamentos universitarios de Medicina de Familia. Balint modificó profundamente el lenguaje de la Medicina General, valoró el uso del "médico como droga" y ello influyó profundamente en la profesión, pues enfatizó los beneficios de la continuidad, suministrando argumentos

²⁰ McWhinney IR. General practice as an academic discipline. *Lancet* 1966; I: 419–423.

muy convicentes. También la Sociología médica hizo aportaciones claves a la autonomía de los pacientes y a la formación del equipo; en este sentido, cabe citar a Margot Jefferys, una de las autoras del libro de Loudon, Horder y Webster, que desempeñó un papel muy activo en la formación de la nueva generación de médicos de familia británicos. El rol de la sociología como el de Balint, fue completamente internalizado, inconsciente e invisible, pero muy poderoso, y produjo una nueva "mirada médica" (Marinker, 1998).

Los GP necesitaban una conducta que los separara profesionalmente de otros colegas. Las habilidades interpersonales compensaban las deficiencias técnicas que podían sufrir sus pacientes. Las actitudes y valores que los médicos de familia debían desarrollar en el desempeño de su tarea eran la autocrítica, la responsabilidad, la capacidad de tomar decisiones y el análisis moral de sus pacientes (OMS, 1963; OMS, 1964b). Los médicos de familia debían ser "gente que no tenga miedo a reconocer y hablar acerca de sus sentimientos, gente que reconozca sus defectos, aprendan de la experiencia y continúen su crecimiento como médicos y personas" (McWhinney, 1975). Debían estar dotados de los conocimientos necesarios para enfrentarse a disyuntivas de naturaleza ética compleja (Reichel, 1983). Mc Whinney también destacaba el compromiso con la persona más allá de la tecnología y de los límites impuestos por las enfermedades (el conocimiento especializado generaba conflictos irreconciliables con el compromiso de la persona). Lo llamaba "primacía de la persona" (frente a la primacía de la técnica o de la publicación). Los médicos de familia debían obtener su satisfacción profesional de su relación con la gente y desarrollar conciencia e intuición como parte del conocimiento que les debía guiar. Para Mc Whinney los médicos de familia debían tener una mezcla de imaginación, sensibilidad y capacidad para la reflexión, en definitiva, unos valores distintivos y unas maneras de pensar y sentir que conformaban una identidad, con un cierto valor excluyente (Mc Whinney, 1975). Estas afirmaciones rompían el academicismo convencional y fueron muy contestadas. Para muchos especialistas esta identidad carecía de la especificidad necesaria para construir una especialidad sobre ella (Bischel, 1975). Indudablemente estas características no eran exclusivas, pero ninguna especialidad las había valorado hasta entonces. Aceptando el escaso rigor de las declaraciones de este carismático autor, lo cierto es que cumplieron una misión muy motivadora,

prendiendo entre el colectivo internacional de los médicos de familia con gran entusiasmo²¹.

Mc Whinney relacionó la emergencia de la Medicina de Familia con un movimiento más amplio de las mentalidades y trasladó el modelo de las revoluciones científicas de Kuhn al renacimiento de la *General Practice*. Aunque Kuhn había excluido a la medicina de su teoría, Mc Whinney argumentó que la *General Practice* proporcionaba un nuevo paradigma a la medicina, al desplazar la atención desde la enfermedad al paciente (*Family practice, Changing models: the impact of Kuhn's theory on medicine, 1983*)(Howie, 1998):

“La medicina refleja los valores de la sociedad a la que sirve. Una sociedad materialista y mecanicista debe esperar una medicina materialista y mecanicista (...) No es accidental que la Medicina de Familia esté emergiendo en un momento en el que las interrelaciones de todas las cosas está siendo redescubierta, cuando la importancia de la ecología está apareciendo como una nueva conciencia, cuando las limitaciones de las formas cerradas de pensamiento se están apreciando, y cuando los científicos, especialmente aquellos de la ciencia de la vida, están empezando a reaccionar frente al sesgo científico contra la integración, la síntesis y la teleología. No es coincidencia que este movimientos de ideas tenga lugar al tiempo que las virtudes del crecimiento económico están siendo cuestionadas, cuando la grandeza de su propio motivo está dejando de ser considerada como buena, cuando los valores humanos empiezan a importar sobre la tecnología, y cuando la importancia de la estabilidad de las relaciones humanas está siendo descubierta de nuevo. Yo creo que la Medicina de Familia es vista desde algunos sectores como un movimiento subversivo, tal como la ecología ha sido llamada ciencia subversiva. Esto depende del punto de vista. En realidad, la Medicina de Familia es un movimiento profundamente conservador, dado que busca restaurar valores y modos de pensamiento que han existido siempre en medicina y que en los tiempos recientes se habían olvidado” (Mc Whinney, 1975).

²¹ Ian Mc Whinney (nac. 1922) fue un autor muy citado y cercano a los primeros médicos de familia españoles. El carácter apasionado de sus escritos debió ejercer una influencia enérgica sobre estos. McWhinney llegó a Canadá procedente de Inglaterra, en 1969 para dirigir el departamento de Medicina de Familia en la Universidad de Western Ontario.

Otros autores han coincidido en relacionar el nacimiento de la Medicina de Familia en Estados Unidos con una época de fuerte contestación social, vivida a raíz de la guerra de Vietnam, con el cuestionamiento del poder tecnológico y la fragmentación mecanicista de la vida, la ciencia y la sociedad. Los GP creyeron apasionadamente en su contribución a la mejora de la sociedad (Jefferys, 1998) y esa conciencia de constituir un motor de cambio fue un elemento recurrente en la formación de la especialidad en otros países (Rosenblatt, 1990). Podríamos establecer el humanismo como una nueva categoría de análisis histórico, que Loudon llamaba “el lado sentimental de la medicina” y que explicaría la contingencia de movimientos en medicina de gran carga ideológica y emocional.

3.2.3.2. El interés por la familia y la comunidad. La legitimación social de la especialidad

A partir de la II Guerra Mundial se generó en ambientes profesionales una conciencia que enfatizaba la familia y la comunidad como objeto de atención. En 1940, un grupo multidisciplinar de economistas, psicólogos, sociólogos y médicos, realizó el *New York Family Study*, cuyo resultado fue la publicación de un texto capital, *Patient Have Families* (1945)²² que determinó la adopción, en varios centros, de programas de formación en salud familiar. El más destacado fue el curso de “Medicina de Familia” organizado en la Facultad de Medicina de Los Ángeles (UCLA) en 1951, por el recién creado Departamento de Pediatría, con el que se pretendía dar a los estudiantes una experiencia longitudinal, mediante su relación con una familia durante toda su estancia en la Facultad. Este curso se sustentaba en una idea de promoción u orientación en salud antes que en una práctica curativa²³. La *Family Health Foundation of America*, por su parte, aportó financiación para las reuniones científicas sobre formación en Medicina de Familia, como el Congreso Nacional de Sanidad Familiar, celebrado en 1965, en el que se estudió la necesidad de proporcionar una atención sanitaria global a las familias norteamericanas y cuál sería la

²² Henry B. Richardson, *Patient Have Families*, New York: The Commonwealth Fund, 1945. Para este autor, la familia del paciente era “la unidad morbose, por ser la unidad vital”, por lo que la intimidad con la misma, su relación con el medio social, económico y cultural, así como la personalidad y modos de relación entre sus miembros resultaban de gran interés para una buena práctica médica, como se preocupaba de mostrar mediante ejemplos.

²³ http://sunsite.berkeley.edu/uchistory/general_history/campuses/ucla/departments_p.html, consultada el 9 de junio de 2006.

mejor formación profesional para sus médicos (Taylor, 1995). Por último, la famosa *Citizens Commission on Graduate Medical Education* (1966), también dedicó sus esfuerzos a la mejora de la asistencia sanitaria de las familias. Todos estos foros, aunque profesionales, eran ajenos a los círculos de la Medicina General, por lo que su demanda a favor de una nueva formación especializada constituyó un apoyo fundamental a la legitimación de la especialidad en la comunidad científica (Taylor, 1995).

Los términos familia y comunidad sirvieron a los intereses de marketing de la especialidad en EE.UU., pero esta orientación fue más importante en la construcción académica de la GP que en su realidad práctica (Marinker, 1998). Loudon (1984) señala que en la práctica, las familias como tal estaban bastante ausentes de los programas de formación y de la práctica médica; sin embargo, el término "familia" gozaba de una resonancia política y afectiva, que hizo muy rentable su incorporación a la retórica académica de los GP.

Haciendo gala del más genuino interés corporativo, el discurso regeneracionista internacional de la Medicina General se construyó en torno a la satisfacción de los ciudadanos. Las referencias de los médicos de familia al importante papel que desempeñaron las demandas públicas en el progreso de la especialidad son unánimes y persistentes²⁴. El mensaje que centró su discurso subrayaba la necesidad que expresaban los pacientes de humanizar la medicina (Buttler, 1966). En algunos estudios de morbilidad se demostraba que en más del 50% de los casos de consulta, el médico atendía mediante la escucha, el consejo o la explicación (OMS, 1964 b). Entre los documentos estudiados en la Conferencia de Edimburgo de la OMS, se manejó una encuesta en la que se mostraba que los pacientes deseaban que su médico se tomara el tiempo necesario y conociera y comprendiera su situación social y emocional (OMS, 1964 a).

La reivindicación de la salud como un derecho contribuyó a incrementar el peso de la población en el discurso médico internacional. Algunas voces médicas autorizadas atribuyeron esta tendencia a la eficacia de la medicina (Buttler, 1966). Sin profundizar en la complejidad histórica de este fenómeno, otros factores que se

²⁴ Rosen concede gran valor a las demandas públicas en la proliferación de las especialidades (Rosen, 1972).

implican frecuentemente son el aumento del nivel cultural y de información procedente de los medios de comunicación de masas, más que de los círculos profesionales, y las tendencias políticas de democratización de la sociedad de los años 60. Estos cambios crearon una conciencia popular que criticaba la actitud paternalista tradicional con un aumento de la demanda y de las exigencias, que alteraron el equilibrio de poder en la consulta. A mayor escala, se desarrolló en la sociedad una actitud de irreverencia frente al orden establecido, en el que el médico figuraba como un componente más. El industrialismo de Ivan Illich representó y participó de esta actitud (Tait and Graham- Jones, 1998). Bevan plantea la hipótesis de que los valores inculcados a la cohorte de profesionales que protagonizaron el periodo de más baja autoestima de la GP y su recuperación (obediencia, trabajo duro, integridad, honestidad y servicio a los demás; independencia, autoconfianza, "lo más reaccionario de las clases"), colisionaron con los de la clase trabajadora y la sociedad posterior a la II Guerra Mundial en general (Bevan, 2002: 21- 47). Otros autores aluden a la generación de la posguerra británica que adoptó las promesas del informe Beveridge (1942) y los valores sociales que representaban, protagonizando la ruptura social que cuestionó el orden jerárquico reinstaurado en la posguerra inmediata, implantó unos valores que primaban lo social y desembocaron en reformas que, como el NHS, construyeron el estado de bienestar (Jefferys, 1998; Tait and Graham- Jones, 1998).

Para Medina Doménech (1993) las exigencias sociales se generan en función de las necesidades de la especialidad, con tendencia a la hipertrofia. Esta estrategia mostraría una utilidad adicional en una especialidad científicamente dependiente, y que en sí misma, como señalaba Loudon, se construye a partir de las relaciones con los pacientes. En la práctica hospitalaria, la relación entre colegas es el factor dominante, y estabilizador. Sin embargo en la Medicina General predomina la aceptación de los pacientes. Consecuentemente, asegura Loudon, las expectativas de los pacientes ha moldeado las creencias, el comportamiento y el desarrollo de los médicos generales.

Ann Cartwright mostraba en su primer estudio "patient and their doctors", (1964) cómo el deterioro de la relación médico-paciente que los GP denunciaban en las cartas que publicaban en el BMJ en los periodos de más baja moral, no era

percibido por sus pacientes, quienes tendían a justificar a sus médicos culpando al sistema de los errores (Tait and Graham- Jones, 1998). Como veremos más detenidamente en el capítulo 7, la población española, como la británica, no estuvo completamente satisfecha de los cambios organizativos²⁵ que introdujo la Medicina de Familia, cambios que rompieron la intimidad y la continuidad en la atención, aunque sirvieron para que la profesión ganara en eficiencia y competencia (Tait and Graham- Jones, 1998).

El interés por la comunidad moduló y legitimó el discurso de la Medicina Familiar (Sergent, 1967). La atención a la comunidad añadía a la Medicina de Familia un matiz más social que contribuyó sin duda a aumentar su carga ideológica. En 1971, Julian Tudor Hart ²⁶ publicó en *Lancet* su famoso trabajo: "The inverse care law"²⁷, de gran influencia en la construcción de la especialidad. Este trabajo mostraba la paradójica relación existente entre la necesidad y la disponibilidad de servicio médico. Tudor Hart defendía la fusión de la epidemiología con la atención primaria, con lo que desplazaba la atención desde el cuerpo- mente (dentro) al espacio exterior (la comunidad, con sus determinantes socioeconómicos). La enfermedad se convertía así en una medida del déficit económico y social. Hart, el idealista, ofreció un análisis marxista del rol del médico en la sociedad, una alternativa coherente y opuesta al modelo Balint (Marinker, 1998). Tudor Hart fue un médico de familia muy influyente en las primeras generaciones de médicos de familia españolas. En sus frecuentes conferencias en España, transmitió el orgullo de ser médico de la comunidad y ayudó a construir la identidad de los médicos de familia española sobre bases humanistas y de calidad clínica.

²⁵ En 1987, Cartwright encontró un gran declive en las visitas a domicilio de los GP incluso durante el año previo a la muerte del paciente, y la renuncia o fallo de la visita a domicilio por parte del médico fue lo que más criticaron los pacientes de los GP (Tudor Hart, 2000).

²⁶ Julian Tudor Hart, (n. 1927), médico de clase media, hijo de médicos, se formó en Londres y comenzó a trabajar como epidemiólogo con Doll, si bien su compromiso socialista y su gusto por la clínica le llevó a ejercer en una pequeña población minera de Gales, desde donde sus escritos le ganaron el nombramiento como miembro honorario primero, y después de pleno derecho, del selecto *Royal College of Physicians*. Bonn, Dorothy. Julian Tudor Hart: *bringing better health to South Wales*. The Lancet, 1999; nº 9181: 842.

²⁷ The Lancet, 27 Feb. 1971, pp. 405-412.

Figura 2. Julian Tudor Hart, 1995.



Fuente: Bonn, Dorothy. Julian Tudor Hart: *bringing better health to South Wales*. The Lancet, 1999; n° 9181: 842. <http://www.bmj.com/collections/century/data/tudor.htm>

Como el resto de los elementos analizados en este capítulo, la orientación comunitaria tuvo escasa aplicación práctica, quizá mucho menor que los demás. En 1974, con la reorganización del NHS, se formaron los consejos comunitarios de salud, que tuvieron una corta vida y escaso poder y efectividad (Sidel and Sidel, 1977). Los *Community Health Councils*, no fueron realmente democráticos, pues sus miembros no eran elegidos sino nominados por organizaciones voluntarias y autoridades sanitarias. Su influencia en Atención Primaria fue escasa pues movieron más sus intereses hacia el hospital (Tait and Graham- Jones, 1998 1998), pero su simple existencia desbarata la tesis que atribuye la orientación comunitaria de la Medicina de Familia española a un origen exclusivamente latinoamericano.

3.2.3.3. El interés por la prevención

La incorporación de los preceptos de la Medicina Social y Preventiva a la práctica médica guarda una estrecha relación con el renacimiento de la Medicina General. Esta paridad no debe asombrarnos si recordamos cómo se construía este

binomio histórico en el primer tercio del siglo XX. La introducción de prácticas preventivas fue uno de los recursos principales con los que los GP intentaron atraer la clientela y competir con la tecnología especializada (Digby, 1999).

El despertar de los estudios epidemiológicos, que tuvo lugar después de la II Guerra Mundial, contribuyó a la recuperación del interés por la Medicina General (OMS, 1964 b). Una de las primeras actividades organizadas por el RCGP fue la realización del *First National Morbidity Study* (1955-56), trabajo que se simultaneó con iniciativas individuales de destacados generalistas, como las de John Fry (1922-1994), Max Berthold Clyne (1910-2000) y Keith Hodgkin (1918-1999)²⁸. A partir de 1970, la prevención activa pasó a primer plano de la preocupación generalista, como prueban el libro de Fry, *Common diseases* (1973) y el de Wright y McAdams, *Clinical Thinking and Practice* (1979)²⁹, que valoraban el diagnóstico precoz y la prevención primaria como parámetros fundamentales en la agenda de los médicos de familia. La epidemiología inspiró buena parte de la investigación en *General Practice* y suministró la base sobre la que se formaron la mayor parte de los departamentos universitarios de *General Practice*, proceso largo y difícil que determinó la ambivalencia de las relaciones posteriores entre la Salud Pública y la Medicina General.

Una fuente fundamental de desajustes y problemas entre la asistencia y la prevención públicas fue su divergencia histórica. En Gran Bretaña, la Salud Pública se mantuvo totalmente segregada de la asistencia, hasta 1974, en parte por las malas relaciones entre los GP y las autoridades locales, responsables de la primera

²⁸ Fry, autor sumamente prolífico, publicó, entre otros: *Five years in General Practice. A study in simple epidemiology*, *British Medical Journal* 1957; n° 5059: 1453-1457, *The catarrhal child*, (London: Butterworths, 1961), donde cuestionaba la moda de la amigadalectomía, *Profiles of Disease. The Natural History of Common Diseases* (Edinburgh & London, E.S. Livingstone, 1966) y *Common diseases: Their Nature, Incidence and Care* (Lancaster, MTP, 1974). Puede encontrarse una nota biográfica en los Archivos del Royal College of General Practitioners: http://www.aim25.ac.uk/cgi-bin/search2?coll_id=7014&inst_id=27. Clyne, Max Berthold, autor de *Night Calls*. London: Tavistock Publications, 1961, fue miembro del primer grupo Balint; sobre él, véase Michael J. Clyne. Obituary. Max Berthold Clyne. Formerly General Practitioner, Southall, Middlesex. *The British Journal of Psychiatry* 2000; 24: 398. Hodgkin, escrupuloso coleccionista de historias clínicas, publicó *Towards Earlier Diagnosis: a Family Doctor's Approach*, Edinburgh, E&S Livingstone, 1963, con cinco ediciones hasta 1985, subtítulo entonces *A Guide to Primary Care*; sobre él, véase Hodgkin, Paul. Obituary. Keith Hodgkin, *British Medical Journal* 1999; n° 319:323.

²⁹ Wright, Herbert John; McAdams, Douglas B. *Clinical Thinking and Practice: Diagnosis and Decision in Patient Care*, Edinburgh, Churchill Livingstone for Longman, 1979.

(Loudon, Horder, y Webster, 1998). La falta de entendimiento de los médicos asistenciales con las autoridades sanitarias es un fenómeno recurrente cuando analizamos la integración de las funciones preventivas y asistenciales en distintos contextos. El único caso en que se admite sin reservas la coexistencia con los preventivistas es allá donde sus funciones no obstaculicen el desarrollo de la práctica médica privada, bien porque atiendan a grupos marginales de la población, cuyas condiciones económicas no permiten el pago de atenciones privadas, bien porque ofrezcan servicios útiles para el desarrollo de estas, como los de educación sanitaria y visitadoras que amplían la autoridad genérica de la medicina sin suplantar la oferta particular. Por ejemplo, en este sentido es interesante la promoción de la vacunación o que se fomenten los exámenes obstétricos, puesto que son prácticas que pueden realizarse en las consultas. Jiménez Lucena (2002) dibuja un panorama parecido en el debate sobre la integralidad de la atención generado en la Segunda República española, en el que se vieron complicados competencias profesionales y elementos ideológicos.

El crecimiento teórico de la mentalidad preventiva y sus integración con la asistencia no se ha producido sin problemas, pues. En los años 30, la actividad de los inspectores sanitarios británicos (MOH) suponía “la puesta en práctica diaria de los principios médico-sociales” (Wofinden, 1974), pero ésta se hacía desde la distancia de la práctica general. En 1948, la *American Hospital Association* y la *American Public Health Association* publicaron un escrito en el que dejaban claro que “la medicina preventiva y curativa han alcanzado un estado que no permite que existan separadas, es preciso unir las física y funcionalmente”. Esta integración se superponía coherentemente con un proceso de ampliación de las funciones preventivas puesto en marcha, como vimos en el capítulo anterior, ya desde principios del siglo XX.

La Carta de los médicos de familia de 1966 defendió la disminución del riesgo a través de actividades de *screening*, tales como la toma de tensión arterial, que además podían ser delegadas en otros miembros no médicos del equipo. Sin embargo, como otros parámetros, esto ocupó más parte de la retórica que del trabajo cotidiano. Los GP se implicaron poco en la prevención primaria, salvo las inmunizaciones y los consejos del estilo de vida. La aceptación “teórica” (ideológica)

no suele marchar a la par de la asunción de los requerimientos prácticos necesarios para su realización eficaz. Un catedrático de Salud Pública de la Escuela de Salud Pública e Higiene Tropical de Londres, Macintosh, en 1953 reconocía que "Todo el mundo dice que prevenir es mejor que curar; pero casi nadie actúa como si lo creyera de verdad".

La implicación de los GP en las actividades preventivas fue el resultado de una lucha política defendida por los líderes de la GP desde una base filosófica holística (Marinker, 1998). Se vaticinaba por otra parte, un incremento de las demandas en materia preventiva a medida que la población estuviera más informada y aumentara su nivel de exigencia (OMS, 1964 a). El papel del médico como educador fue puesto de relieve en la nueva caracterización del médico de familia, rescatando así el más clásico desempeño normatizador de la medicina al servicio de las instituciones (OMS, 1963; OMS, 1964 b).

El valor que alcanzó la Medicina Preventiva en la nueva Medicina General fue muy respaldado por las agencias internacionales. En 1957 tuvo lugar la Conferencia sobre formación de los médicos generales en Salud Pública (OMS, 1957), en la que participó la OMS y en 1959 el comité de expertos en formación profesional y técnica del personal médico y auxiliar de la OMS, examinó la importancia de la medicina preventiva (OMS, 1959). Todavía en 1964 la OMS dedicó en exclusiva un informe a los medios de estimular el interés del médico por la medicina preventiva (OMS; 1964c). Este interés no se limitaba evidentemente a cuestiones de profilaxis sino que participaba, como en la más clásica tradición historiográfica de la medicina social, del deseo de un acercamiento más global a los problemas de salud de la población.

Para finalizar este análisis del discurso regeneracionista de la medicina general, he de señalar la llamativa escasez de argumentos económicos. Ocasionalmente desde la OMS se esgrimía que la formación de buenos médicos era costosa, pero la calidad de la asistencia rentabilizaba la inversión en su preparación, pues esta repercutiría favorablemente en la comprensión del paciente en su contexto social y en el buen uso de especialistas y hospitalizaciones (OMS, 1964a). El recurso economicista sólo se instaló en el discurso de los médicos de familia a partir de la crisis energética de la década de 1970.

3.2.4. Estructura organizativa y patrones de trabajo

Otro de los factores frecuentemente invocados en la revitalización de la Medicina de Familia fueron el avance terapéutico de la medicina, los cambios en la prevalencia y naturaleza de la enfermedad y su traducción en patrones de trabajo específicos (Loudon, Horder, Webster, 1998).

Como ya apuntamos en la introducción, la naturaleza horizontal de la Medicina Familiar es clave para entender el esfuerzo sin par con el que esta alcanzó el rango de especialidad. Era un concepto profundamente arraigado que la GP era la suma de otras disciplinas, practicadas fuera del hospital a menor escala (Digby, 1999). La acumulación de contenidos derivados del desarrollo tecnológico de la medicina constituyó un argumento de gran importancia en la construcción de la disciplina. Para Mc Whinney el conocimiento vertical de las especialidades producía una distorsión de la realidad, que llamaba la falacia del trozo *"lumb"*. Según esta visión el conocimiento es un trozo de materia que crece por adición. Cada uno de estos trozos va creciendo y vuelve a fragmentarse. Pero la especialización no siempre surge del desdoblamiento de áreas de conocimiento, sino del estrechamiento de un área de conocimiento, transfiriendo su contenido más consolidado a la Medicina General. En Reino Unido la recuperación de parcelas que habían sido cedidas o usurpadas por el hospital, como ocurrió con enfermedades crónicas, fue un elemento muy recurrente en el discurso regenerador de los GP británicos. Los rápidos avances terapéuticos obligaron a la GP moderna a absorber un enorme volumen de terapias sofisticadas y cambiantes que transformaron profundamente su contenido y práctica. Un ejemplo ilustrativo lo constituye la diabetes, cuyo tratamiento insulínico fue inicialmente monopolizado por el hospital, pero el aumento de la demanda deterioró los estándares hospitalarios e hizo insostenible este monopolio. La alta demanda que generaban las enfermedades crónicas obligó a los médicos hospitalarios a compartir, e incluso delegar, su cuidado, imponiéndose progresivamente un espíritu de cooperación.

La ampliación del acceso a recursos diagnósticos y terapéuticos no siempre fue bien vista por los colegas hospitalarios, que desconfiaban de las habilidades de los generalistas para hacer buen uso de los mismos, aunque en el fondo temían perder el control de sus parcelas de poder. El primer trabajo en el que se defendió la

apertura del acceso a las pruebas complementarias por parte de los GP fue publicado por Macaulay en 1962.³⁰ El triunfo en la batalla de la accesibilidad a la tecnología diagnóstica jugó un importante papel en el renacimiento de la Medicina General, pues ello permitió a los jóvenes generalistas mejorar su calidad de trabajo, su autoestima y la imagen ante sus colegas hospitalarios y la población. El cambio de patrón de morbilidad transformó sustancialmente el escenario clínico de la *General Practice*, de modo que las revisiones infantiles, las inmunizaciones, la citología cervical, la planificación familiar, la toma tensional, el consejo antitabaco y la prevención de la obesidad se convirtieron en los temas estrella de la investigación en *General Practice*. Sin embargo, los nuevos modelos de práctica impactaron relativamente poco en la práctica diaria de la mayoría de los médicos que parecían desarrollar un estilo relativamente estático de consulta (Tait and Graham- Jones, 1998) y en los que prevaleció el modelo biomédico sobre el biopsicosocial (Marinker, 1998).

Esta transformación de contenidos, unida a la creciente demanda, se tradujo en los cambios en los patrones de trabajo (trabajo en equipo, registros..), que frecuentemente han sido invocados para explicar el nuevo sentido de la identidad de los GP. Bosanquet y Salisbury (1998) señalan el doble sentido de la influencia entre ideología y cambios en estructuras organizativas. Así, el seguimiento de los enfermos crónicos obligó a desarrollar sistemas de registro³¹, y permitió delegar algunas tareas propias de este seguimiento en otros profesionales (enfermería, administrativos, trabajadores sociales..). El trabajo en equipo se convirtió en una seña de identidad de los médicos de familia. Ya desde los años 50 podía percibirse una tendencia a la asociación, pues el sistema retributivo la hacía más rentable que el trabajo individual. Pero fundamentalmente desde la Carta de los médicos de familia, de 1966, el entusiasmo por el trabajo en equipo, y su tamaño, fue creciendo progresivamente. Esta práctica alcanzó más éxito entre la generación más joven de médicos y transformó el carácter doméstico y privado de la práctica médica. Ello se tradujo en una consistente y creciente profesionalización, con un distanciamiento entre la vida personal y el trabajo del médico, y sacó definitivamente el trabajo del

³⁰ Macaulay, H.M. Diagnostic facilities for general practitioners. *Lancet* 1962; 14/1:791-793.

³¹ En el libro de Loudon, Horder y Webster, se le concede gran valor al cambio de formato de A- 10 a A-4, que era el que utilizaban en el medio hospitalario.

domicilio. La Medicina de Familia debía modernizar la visión romántica del médico general de principios de siglo XX, visto como "un devoto hasta el punto de la santidad, capaz de trabajar noche y día, indiferente a la ganancia material (...) amigo de la familia y confidente, dispuesto a escuchar y aconsejar sobre cualquier tema, médico o no..." (Loudon, 1984). Esta imagen estigmatizaba la Medicina General como un anacronismo en nuestra sociedad y debía ser sustituida por otra más acorde con los tiempos. La modernización pasaba por neutralizar los factores negativos de su trabajo. Era necesario combatir el aislamiento mediante el trabajo en equipo con enfermeras visitadoras, trabajadores sociales y otro personal paramédico convenientemente adiestrado (v.g, administrativos...). Uno de los cambios más interesantes de la práctica profesional fue la desaparición del espíritu de competencia por los pacientes existente hasta entonces, lo que permitió compartir la atención fuera de consulta con otros colegas y disponer de más tiempo para formación e investigación. Como la demanda creció, los médicos tendieron a disminuir el tiempo de dedicación a las guardias, extendiéndose la práctica de compartirlas con otros médicos del equipo, lo que causó no poca controversias entre los profesionales y el público, porque traicionaba el principio de continuidad de la relación médico paciente, al que los propios GP habían concedido una importancia medular en su discurso. Los equipos multidisciplinarios pretendían enriquecer la visión unidimensional del modelo biomédico. La *General Practice* se diversificó y los médicos empezaron a ser vistos como miembros de un equipo. El trabajo en equipo trasladó la referencia personal en la atención a los pacientes, a la referencia al equipo y al centro. En este proceso la tradicional intimidad entre pacientes y sus médicos se debilitó. El trabajo en equipo fue un elemento decisivo en la modernización de la medicina general, y muestra cómo ésta respondió más a necesidades de mejora de la profesión, que a demandas públicas, cuyo papel fue más legitimador que real.

El uso de protocolos específicos por enfermedades contribuyó también a esta tendencia a la profesionalización. El propio diseño de los CC.SS., que remedaba el hospitalario, reflejaba esa tendencia. Otro cambio organizacional derivado del trabajo en equipo fue la expansión de los sistemas de cita previa que pasaron del 15% en 1964 al 75% en 1977; tenían la ventaja de permitir organizar la consulta, y como el uso de los protocolos, la de reducir su incómoda incertidumbre.

3.2.5 La formación en Medicina de Familia. Aspectos institucionales de la especialización

Existe coincidencia en ponderar la formación específica en Medicina Familiar como un factor clave en la revitalización de la Medicina General. Los propios médicos de familia justificaban su pertinencia en el necesario ascenso social del grupo en igualdad de condiciones con sus colegas especialistas (Buttler, 1966; Medina Domenech, 1993). La necesidad de una formación y una certificación específicas era una condición ineludible para conseguir este reconocimiento (Sergent, 1967).

A partir de los años de la década de 1950, un ímpetu reformista sobre la enseñanza de la medicina impregnó el debate de las agencias internacionales, lo que se reflejó en una prolífica literatura. En 1958 la OMS publicó un repertorio bibliográfico de 1946 a 1955 con más de 2.500 referencias en todo el mundo. Haciéndose eco del sentir general, el comité de expertos de la OMS en formación profesional ya en 1952, estudió cuestiones relacionadas con la formación del médico y en 1967 creó un grupo de estudios sobre los requisitos mínimos internacionales admisibles para la enseñanza de la medicina. Dos eran las líneas en las que redundaban las recomendaciones de la OMS: la necesidad de estimular el desarrollo de las actividades preventivas y su aplicación en la comunidad y la de recuperar una figura profesional que atendiera la colectividad.

Entre 1961 y 1964, tres comités de expertos de la OMS definieron el papel del médico general, representando la opinión de las 6 principales regiones de la organización. Su sustancia puede ser resumida como sigue: el generalista es un médico de primer contacto, al que se tiene acceso directo, que acepta la continuidad en la responsabilidad de la atención al paciente, que debe ser comprensiva, incluyendo la prevención y tratamiento de cualquier parte del cuerpo, y no se limita a enfermedades o grupos específicos de edad. El GP ofrece cuidados al individuo como persona, y gran parte de ellos a todos los miembros de la familia. Las palabras claves son: "primer contacto", "responsabilidad y continuidad", "comprensión", "personal" y "cuidado familiar" (Horder, 1998).

La conferencia de Edimburgo de 1961 fue convocada bajo el patrocinio de la OMS para discutir la forma en que se podía preparar médicos más adaptados a las

demandas de la población y la necesidad de potenciar una rama de la medicina que tuviera a cargo la responsabilidad de la asistencia inicial en los casos clínicos indiferenciados junto a la de proteger la salud de algún grupo de la población (OMS, 1964a). Otras reuniones de expertos de similares características se sucedieron en los inmediatos años siguientes (OMS 1963; OMS, 1964b) y, aunque no existió unanimidad, el apoyo internacional a una preparación específica fue cada vez más claro. Se proponía la combinación de periodos de adiestramiento práctico en ambos medios asistenciales, generalista y hospitalario. Algunos programas incluían periodos formativos en Escuelas de Salud Pública (OMS, 1963)³². Este era el discurso con el que las agencias internacionales favorecieron la formación específica en Medicina de Familia.

En el Reino Unido, la necesidad de una formación especializada fue planteada por el BMA en los dos informes Cohen de 1948 y 1950. Sin embargo, se hizo desde una posición dominante hospitalaria, sin que consiguiera una repercusión práctica hasta la fundación en 1952 del RCGP (Loudon, Horder and Webster, 1998). En 1950 aparecieron ya los primeros programas norteamericanos de formación en Medicina General mediante residencia (Taylor, 1995). Pero, ante el fracaso de los objetivos educativos planteados por la sección de Medicina General de la AMA, su Comité ejecutivo solicitó al Consejo de Educación Médica en Hospitales un estudio, que se publicó en 1959 como *Report of the Committee on Preparation for General Practice*, en el que se recomendaba la instauración de programas piloto de dos años de duración. A pesar del esfuerzo que se invirtió en expandirlos, estos programas de residencia fracasaron porque no superaron los principales problemas, a saber: la ausencia de una base académica (la residencia estaba dominada por especialistas hospitalarios), la indefinición del rol del generalista en relación con el especialista (las rotaciones ponían en evidencia que la Medicina General era una especialidad de segunda categoría) y las diferencias en el estatus económico y social con otras especialidades (Lewy, 1977). A conclusiones similares llegaron los GP británicos cuando entendieron que la formación específica sólo triunfaría cuando la Medicina de Familia constituyera una disciplina independiente con aportaciones propias y rentables a la formación de los médicos, como la enseñanza de enfermedades comunes que no llegan al hospital y una

³² Este texto expone tres programas de residencia, el de UK, Israel y Yugoslavia. En Yugoslavia no había periodo hospitalario.

comprensión del paciente y su contexto desde las bases que ofrecía la epidemiología y la historia natural de la enfermedad (Hannay, 1998).

A principios de la década de 1960 la AMA requirió al *Citizens Committee on Graduate Education*, presidido por John Millis, rector de la universidad Western Reserve, una revisión de los programas de residencia. En 1966, la que más tarde sería conocida como Comisión Millis, publicó un trabajo titulado 'La formación médica de posgrado' (*The Graduate Education of Physicians*), en el que se reconocía la fragmentación de la atención sanitaria y proponía el concepto de "médico de atención primaria". Muchos médicos de familia coinciden en señalar este como el precursor inmediato de los actuales programas de residencia. En el mismo año, y animados por la comisión Millis, el *Ad Hoc Committee on Education for Family Practice* de la AMA publicó el documento 'Hacer frente a los retos de la Medicina de Familia' (*Meeting the Challenge of Family Practice*), en el que se recomendaba un entrenamiento y certificación específicos para la práctica de la medicina de familia, para hacer frente a la superespecialización y resolver la crisis de la medicina general. En este informe se insistía en la necesidad, entre otras, de crear un cuerpo teórico sobre el cuidado holístico de la salud, destacar la formación extrahospitalaria, establecer mecanismos de certificación en igualdad de condiciones con otras especialidades y potenciar la formación quirúrgica (Sergent, 1967; Ransom and Vandervoort, 1973; Taylor, 1995).

Los rasgos que distinguían estos programas de los anteriores era el modelo de práctica (de predominio extrahospitalario) y el peso de áreas de conocimiento que los diferenciaban de otros especialistas, pero también de los anteriores médicos generales: epidemiología, estadística y otras ciencias de aplicación en la comunidad; y ciencias sociales y del comportamiento (Lewy, 1977). Las estrategias fueron exitosas y los programas de residencia recuperaron el prestigio de la práctica general (Woods, 1979; Keith, 1977). La instauración de un postgrado propio culminó con el reconocimiento de la Medicina de Familia como especialidad. En 1968 se organizó la *American Board of Family Practice*, como organismo oficial para la certificación de la nueva especialidad, constituida formalmente en 1969 (Canfield, 1976; Taylor 1995). En ese mismo año se autorizaron los primeros quince programas de residencia en Estados Unidos y se estableció un modelo de formación postgraduada. Los primeros especialistas salieron en 1971 (Taylor, 1995).

En Gran Bretaña, el RCGP priorizó la formación especializada en el asentamiento de la especialidad y lideró el proceso, desde su participación en un comité dedicado expresamente a la evaluación de la calidad de la docencia dependiente del BMA (Pereira Grey, 1998; Drury, 1998). En 1965 el RCGP elaboró el primer documento sobre formación posgraduada titulado *Special vocational training for General Practitioners*, en el que se concluía que "un servicio de Medicina General sólo puede sobrevivir si quienes trabajan en él tienen una formación rigurosa, condiciones satisfactorias de trabajo y buenas oportunidades, similares a los que trabajan en un servicio especializado". Este informe resultó decisivo para que la *Royal Commission on Medical Education*, elaborara el informe Todd (1968) en el que se aceptaba la Medicina General como especialidad y proponía un programa de residencia de 5 años, como ocurría en cualquier otra especialidad. La implantación real de estas premisas fue mucho más lenta de lo esperado, y entre 1965 y 1985 se desarrollaron distintos modelos formativos de manera descentralizada, lo que contribuyó favorablemente a su difusión (Pereira Gray, 1998). Hasta 1975 no quedó el programa perfectamente definido y no se hizo obligatorio hasta 1982 (De la Revilla, 1989).

Los veinte años transcurridos entre los primeros programas y el reconocimiento de la especialidad reflejan la resistencia de la profesión médica a considerar la naturaleza específica de la Medicina General (Ransom and Vandervoort, 1973). Algunos grupos de presión procedentes de la universidad, la enfermería y el hospital, cuestionaban la necesidad de formar específicamente un profesional y no siempre estuvo claro que, en caso de que se aceptara esta necesidad, procediera del colectivo médico³³. En este sentido la construcción de un área específica de conocimiento fue un desafío para los nuevos especialistas. Se argumentaba que la orientación social y holística debía impregnar la formación de todos los médicos, incluidos los hospitalarios (Burnum, 1975). La dificultad de la Medicina de Familia para establecer un monopolio de servicios técnicos desplazó su interés hacia la apropiación de lenguajes y procesos, y la hizo más vulnerable a las críticas³⁴. Los profesionales de especialidades en crisis, como la medicina interna o la obstetricia,

³³ Magraw (1971) argumenta que el excedente médico fue un factor decisivo que inclinó la balanza hacia el empleo de médicos para el ejercicio de la atención primaria

³⁴ La necesidad de establecer un monopolio de servicios y unos patrones laborales específicos es una condición inherente al proceso de especialización (Medina Domenech, 1993).

mantendrían este debate cuando el crecimiento imparable de la Medicina de Familia puso en peligro su supervivencia.

Las relaciones de los nuevos médicos de familia con el resto de los médicos generales ofrece un interesante análisis de los mecanismos de exclusión que las especialidades utilizan para consolidar su diferencia. Ya hemos visto cómo las instituciones británica y canadiense que representaron a los médicos de familia mantuvieron una distancia frente al resto de los médicos generales. No dispongo de más datos en estos países, pero en Norteamérica los médicos de familia aceptaron durante casi diez años la posibilidad de obtener la certificación de la *American Board of Family Practice* (ABFP) (el título de especialidad) mediante la justificación de un periodo como asistente voluntario en trabajos de esa calidad. A partir de 1978 se estableció una barrera de acceso a la especialidad, por la que era necesario completar de forma satisfactoria un programa reconocido de residencia en Medicina de Familia de tres años de duración. Pero esta barrera se relajó durante diez años más, y en 1988, más de la mitad de los miembros de la *American Academy of Family Physicians* (AAFP) recibieron un certificado de la academia (26.500 diplomados) lo que significó que los médicos en activo se convirtieron en médicos de familia con certificado oficial. A partir de entonces los nuevos médicos en activo de la AAFP debían ser médicos de familia con formación mediante residencia³⁵. Finalmente, después de casi veinte años de creación de la especialidad los médicos de familia consiguieron reafirmar su distinción de los médicos generales. Aunque desconozco detalles sobre el debate interno de la profesión en los países anglosajones, es deducible que este existió, si consideramos la larga duración de este periodo. Las dificultades que encontró la Medicina de Familia para distanciarse de sus colegas generalistas fueron posiblemente un denominador común en todos los países y no tienen quizá parangón en el resto de los procesos de especialismo médico. Me remito a capítulos posteriores para comprobar la violencia que adquirió este debate en el caso español. A la distancia entre médicos generales y de familia se opone el propio debate interno de la especialidad entre su posición de élite y su necesidad de

³⁵ Llamo la atención a que entonces (a partir de 1988, cuando se consolidó la diferencia entre médicos generales y de familia) cuando los médicos formados mediante residencia comienzan a asumir funciones directivas (Taylor, 1995). En España los médicos de familia ocuparon estas funciones casi desde el inicio de la especialidad.

asegurar una adecuada masa crítica para monopolizar el ejercicio de la medicina general³⁶.

En Estados Unidos la creación de programas de residencia fue a casi a la par de la de cátedras universitarias, pues el mismo Departamento universitario impartía la formación pre y posgraduada. En Gran Bretaña, por razones históricas y políticas, la tensión entre formación pre y posgraduada obstaculizó el avance de la primera (Hannay, 1998), y la formación pregraduada fue siempre a la retaguardia. El Goodenough Report (1944)³⁷ recomendó que las Facultades de Medicina enseñaran los problemas más frecuentes en la población. En 1953 el RCGP encontró que la enseñanza de la Medicina General sólo estaba presente en tres centros británicos, tendencia que no varió hasta 1987. La primera cátedra de Medicina General en el mundo se creó en 1963 en la Universidad de Edimburgo (Pereira, 1989; Digby, 1999). En el Reino Unido las presiones para el cambio a menudo procedieron de los estudiantes de medicina. Por ejemplo, en Glasgow, la apertura del Departamento de Medicina General fue precedida de las protestas de los estudiantes de último año pidiendo su instauración (1972). En 1972 existían 11 Departamentos de *General Practice* con seis cátedras; en 1986 todas las Facultades de Medicina tenían Departamentos similares (Loudon, Horder and Webster, 1998: 169).

Para 1979, 103 de las 131 Facultades de Medicina de los Estados Unidos enseñaban Medicina de Familia, con una organización similar a la de cualquier otra especialidad clínica. En 1990 la *American Medical Association* adoptó el principio de que todas las Facultades de Medicina de los EEUU debían tener un departamento de Medicina Familiar (Taylor, 1995).

La introducción de la Medicina de Familia en la Universidad fue un proceso que favoreció el reconocimiento, y afianzamiento de la especialidad, y que permitió que la balanza de las preferencias de los estudiantes se invirtiera respecto a la de diez años atrás, de manera que la elección más popular (33%) en 1974 en el Reino

³⁶ Sirva como ejemplo la consideración que de logro tiene para Taylor el hecho de que en 1980 se hubiera alcanzado casi el equilibrio entre los médicos generales y los de familia.

³⁷ Goodenough Report. Report of the Interdepartmental Committee on Medical Schools. London: Ministry of Health, 1944.

Unido era la *general practice* (Paarkhouse and Lauglin, 1974), tendencia que se mantuvo en años posteriores (Woods, 1979; Tudor Hart, 1984, 1985).

La ratificación académica es de gran valor en una especialidad con gran dependencia de factores sociales e institucionales³⁸. En mi opinión y desde la experiencia española este proceso depende en gran medida de la capacidad de adaptación de la institución universitaria a las demandas sociales y profesionales, capacidad por otra parte, muy influida por contingencias históricas particulares de cada país.

La difusión de la producción científica a través de las publicaciones y congresos, forma parte clásicamente de los procesos de gestación del especialismo médico. La primera revista científica para médicos generales, titulada *General Practitioner*, apareció en 1950 (Taylor, 1995). En 1955 apareció *Research Newsletter* que en 1958 se convirtió en el *Journal of the College of General practitioners* (Pereira, 1989)³⁹ (incluida en el *Index Medicus* en 1961). El *Journal of Family Practice* empezó a publicarse en 1974 y es considerada como la primera revista de Medicina de Familia revisada por los propios médicos de familia (Taylor, 1995). Dentro de la serie de repertorios de la National Library of Medicine genéricamente identificados como *Index Medicus*, en 1951 apareció una materia designada como *General Practice*, que en 1968 se subdividió en dos categorías, *General Practice* y *Comprehensive Health Care* (asistencia global). Esta última desapareció como entrada autónoma en 1975 para incluirse dentro de la nueva denominación de *Family Practice* que sustituyó, asimismo, a *General Practice* en 1978.

En 1972 tuvo lugar la primera reunión del *North American Primary Care Research Group*, que representó el primer foro para la presentación de investigaciones en Medicina de Familia (Taylor, 1995).

³⁸ Medina subraya el valor del líder carismático y de los factores sociales e institucionales en los países dependientes científicamente del exterior. Creo que este principio podría aplicarse a especialidades que, como la Medicina de Familia, son científicamente dependientes de otras (Medina Domenech, 1993)

³⁹ La información que da este artículo no coincide con la cronología de Taylor (1995) en muchas fechas. Así Taylor no reconoce a la *American Family Physicians* como revista. La primera revista de Medicina Familiar revisada por los propios médicos de familia fue el *Journal of Family Practice* creada en 1974 por lo que no pudo ser aceptada por el *Index Medicus* en 1971 como indica Pereira.

La evolución de la investigación fue muy importante en la construcción de la especialidad. Era necesario destruir la mitología antintelectual que existía sobre la Medicina General. En 1965 David Morrell publicó *The Art of General Practice* (Edinburgh & London, E.S. Livingstone) y John Fry en 1966 *Profiles of disease* (Edinburgh & London, E.S. Livingstone), ambas elegantes descripciones de la historia natural de enfermedades comunes, que tenían un lugar central en la investigación médica generalista. Como vimos más detalladamente en un anterior, la epidemiología y la salud pública inspiraron la mayor parte de las investigaciones a través de la historia natural y manejo de enfermedades comunes. Durante el periodo 1966- 1968, le siguieron libros escritos por médicos generales sobre morbilidad, especialmente infecciosa, relación médico paciente e influencia de factores sociales en la medicina general. Dada la casi ausencia de tradición literaria propia, las primeras investigaciones eran una réplica del modelo hospitalario trasladado a la comunidad (Howie, 1998). En EE.UU. se considera a *Family Practice* (Howard F. Conn, Robert E. Rakel, Thomas W. Johnson, eds., Philadelphia, Saunders, 1973) como el primer tratado importante sobre Medicina de Familia (Taylor, 1995).

El proceso de revitalización de la Medicina General en el mundo anglosajón fue prácticamente simultáneo, en parte gracias a la profusión de contactos que se establecieron entre miembros de los Colegios británico, canadiense y la Academia estadounidense. A partir de 1961 la Fundación británica Nuffield, concedió becas para que médicos procedentes de Australia, Canadá y Nueva Zelanda visitaran Gran Bretaña, con el "afán de promocionar la nueva Medicina General" (Horder, 1998).

El RCGP desempeñó un papel muy importante en el desarrollo de la investigación en Reino Unido y Europa mediante la fundación de grupos europeos para la educación y la investigación, entre 1970 y 1979: la European General Practice Research Worksop (EGPRW) y la Societas Internationalis Medicinae Generalis (SIMG). En 1959 la SIMG desarrolló en Salzburgo (Austria) una conferencia internacional. Por aquel entonces, la *Union of Medical Practitioners* organizó en Gran Bretaña una conferencia, "*Organizing family doctors care*", a la que acudieron representantes de todo el mundo, incluidos de la OMS. Esta conferencia inspiró otra en 1964, Montreal, por invitación del Colegio canadiense de *General Practitioners*, más tarde, *Family physicians*. La conferencia de Chicago de 1970

generó una organización mundial de Colegios nacionales, y Academias de *General Practice/Family Practice* (a partir de 1992: Organización Mundial de *Family Doctors*), que fue conocida como WONCA, cuya inauguración oficial tuvo lugar en Melbourne en 1972. Son sus objetivos mejorar la calidad de vida, mediante el mantenimiento de altos estándares de calidad de la Medicina de Familia, promover la comunicación entre sus miembros y fomentar la investigación y la formación. En 1995 una nueva sociedad europea sustituyó a la SIMG como representante regional europeo de la WONCA, en Estrasburgo. Los intereses políticos de los GP fueron vehiculados por otra organización, en 1967, la Unión Europea de Médicos Generales, que participó en la gestación de la directiva comunitaria europea sobre formación específica para generalistas (86/457) (Horder, 1998).

En definitiva, la especialización en Medicina de Familia fue la respuesta de un sector profesional a la crisis que atravesaba la Medicina General. Se puede decir que todas las estrategias convergían en una: conseguir elevar la moral y la autoestima de los médicos generales, aumentando su satisfacción, su autonomía y mostrándoles las oportunidades que ofrecía la variedad de su trabajo (Sergent, 1967; OMS, 1964). La especialización en Medicina de Familia adaptó la Medicina General a unos principios más actuales y más ajustados a las demandas sociales y profesionales. En la misma línea se hacía urgente una equiparación retributiva de los médicos de familia con el resto de sus colegas especialistas⁴⁰.

He de mencionar la carga emocional del empeño de los médicos de familia en este proceso. En realidad los médicos de familia recuperaron el romanticismo arcaico del médico general, contemporanizándolo. Prácticamente todos los autores que vivieron el proceso coinciden en señalar el alto grado de implicación y entrega que este exigió. Esta actitud de militancia ideologizó la especialidad en un sentido progresista y actuó como vínculo de identidad de la misma. Veremos más adelante, cómo el proceso en España se desarrolla, en este sentido, con una sorprendente similitud. La idiosincrasia de la especialidad y la transmisión de esta actitud a través

⁴⁰ La satisfacción de esta demanda profesional fue en algunos países el resultado de una larga andadura. En Estados Unidos el Tribunal Supremo concedió la victoria en el proceso Michigan a los médicos de familia en 1986 tras una batalla legal que se había iniciado diez años atrás. En 1992 se aprobó la equiparación salarial progresiva en cuatro años (Taylor, 1995).

de la bibliografía anglosajona seguramente contribuyó a alimentar el valor cohesionador del entusiasmo reformista que caracterizó a los médicos de familia españoles.

3.3. El discurso médico de la Atención Primaria. Los principios básicos de la declaración de Alma-Ata

En el apartado precedente analizamos el proceso por el que la Medicina General despertó de la crisis en la que estuvo sumergida tiempo atrás, examinando los aspectos profesionales y sociales que intervinieron. La revalorización de la Medicina General desempeñó un importante papel en la formulación de un nuevo modelo de atención a la salud. Aunque convergentes, ambos procesos deben ser estudiados de forma independiente, primero porque lo son cronológicamente y, en segundo lugar, porque su identificación conduce a error tal como demostraré en la exposición. La confusión entre Medicina de Familia y Atención Primaria nace de la cercanía entre sus planteamientos y del estímulo recíproco que se prestaron. Pero la adaptación que de la Atención Primaria hicieron los médicos de familia fue una instrumentalización interesada que derivó en una identificación entre ambos procesos no siempre deseada, e incluso repudiada, por los principales actores del modelo de Atención Primaria, que llegaron a reconocer que representaba intereses opuestos.

La OMS quebró en sus primeros decenios la tradición de implicación médico social de su organización antecesora (la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones) bajo la dirección política de gobiernos muy influidos por asociaciones profesionales corporativas médicas. Ello condujo a una creciente apuesta por las intervenciones tecnocráticas y por la extensión hegemónica del modelo biomédico, que se reflejó en la proliferación de las grandes campañas verticales de erradicación de los años de las décadas de 1950 y 1960. A finales de los años 60 se produjo un rebrote de las inquietudes médico-sociales en torno al paradigma ecológico- biológico- social propulsado por la cultura contestataria anticapitalista ante la persistencia de graves desigualdades y que en el terreno sanitario dieron propuestas más integrales y

participativas como la Atención Primaria de Salud (Rodríguez Ocaña, 2002: 30; Menéndez, 2005).

El contexto político en el que surgió la Atención Primaria de Salud fue pues, el final de la guerra fría (finales de la década de 1960 y comienzo de la de 1970). Norteamérica estaba perdiendo su hegemonía mundial y en las naciones africanas descolonizadas y otros países en vías de desarrollo emergían movimientos antiimperialistas y de izquierdas. Líderes mundiales como Willy Brandt en Alemania, o Lester Pearson en Canadá, defendían un nuevo orden internacional (Cueto, 2004).

La estrecha relación entre desarrollo económico y social y salud ya era conocida desde hace muchos años y estudiada por la misma ONU en el Día Mundial de Información sobre el Desarrollo, celebrada el 23 de Octubre de 1974 (Consejo General de Colegios Farmacéuticos, 1981). El informe Lalonde apareció en 1974 y gozó de gran difusión internacional⁴¹. Establecía cuatro determinantes de la salud: servicios asistenciales, biología, ambiente y estilo de vida, ponderando los tres últimos en detrimento del primero. La obra de otros autores como el archiconocido McKweon⁴², coincidía en relacionar el nivel de salud con el estilo de vida y los factores sociales, restando valor a la eficacia de la medicina. La crítica más agresiva de Ivan Illich, en *Némesis Médica*, (1ª ed., 1976), acusaba a los médicos de expropiar a los ciudadanos de su salud, en beneficio propio. Este texto fue un *bestseller* a nivel mundial. Resulta paradójico cómo los mismos argumentos que al cuestionar la eficacia de los servicios sanitarios sirvieron para impulsar la visión social de la medicina, hayan apoyado la perspectiva economicista de políticas sanitarias restrictivas y neoliberales (Aranda Regules, 1994).

Una de las variantes históricas de la Medicina Social contenía el impulso revolucionario que vinculaba desarrollo social y salud. Las experiencias de Atención Primaria que inspiraron el modelo de Alma-Ata, (China, Chile..) ocurrieron inmersas en cambios políticos y sociales que buscaban una distribución más justa de los recursos (Sidel and Sidel, 1977). Los movimientos de Atención Primaria orientados a la comunidad (COPC, término que se introdujo en los 70) estuvieron muchas veces

⁴¹ Lalonde M. A new perspective of the health of Canadians: a working document. Ottawa : Department of National Health and Welfare;1977.

⁴² The role of medicine: dream, mirage or némesis? Oxford, Blakwell, 1979.

relacionados con movimientos sociales que promovían la intervención de personal de menor cualificación como los médicos descalzos chinos o los *feldschers* rusos (Tollman, 1991).

Con la llegada del régimen comunista de Mao Zedong en 1949 y, en particular, durante el periodo de la revolución cultural, entre 1964 y 1976, pasó a ser prioritario el establecimiento de una red de atención primaria en la comunidad. Los “médicos descalzos” eran trabajadores de salud que vivían en la comunidad a la que servían, subrayando la atención rural y la preventiva sobre la urbana y curativa (Sidel and Sidel, 1977).

A finales de la década de 1960 se generalizaron las críticas a las estrategias promovidas por los países occidentales hacia el mundo subdesarrollado, partiendo de la amenaza —denunciada por economistas latinoamericanos desde los años 40— que suponía la globalización de los mercados mundiales para los productores primarios. Estas críticas proponían la lucha contra la pobreza a través de proyectos a pequeña escala, y movilizaron a algunos segmentos sociales como los estudiantes de los países en desarrollo. En el campo de la salud internacional, estas tendencias se oponían a la transferencia de tecnología y a las campañas verticales de erradicación de la malaria y promovían su sustitución por otras estrategias preventivas, de participación popular y de autodesarrollo, como habían demostrado las exitosas experiencias de China, Cuba y Tanzania (Packard, 2000).

Desde los años 20 existieron textos que mostraban experiencias sanitarias en los países subdesarrollados que cuestionaban la mimetización del modelo hospitalario occidental, proponían el empleo de personal auxiliar y enfatizaban la prevención. Su número aumentó a partir de 1950 y hasta principios de la década de 1970, como señala Tollman (1991). A ellos hay que sumar otra influencia, poco conocida, pero no menos importante: la de las misiones cristianas. La Comisión Médica Cristiana (CCM) era una organización del Consejo Mundial de Iglesias (*World Council of Churches*) y la Federación Luterana Mundial, que se creó a finales de 1960 por misioneros que trabajaban en países en desarrollo. Esta organización defendía la formación de trabajadores procedentes de la comunidad, con métodos simples y medicamentos esenciales. En 1970 crearon la revista *Contact*, donde parece ser que se usó por primera vez el término *Primary Health Care*. Su difusión en francés y en

español fue amplia. A la CCM, que formalizó relaciones de colaboración con la OMS en 1974, pertenecían algunos de los autores de estudios críticos del estilo de los antes mencionados, como John H. Bryant (nac. 1925) o Carl E. Taylor (nac. 1917). Kenneth Newell (1926-1990), un estrecho colaborador en la OMS del Director general Halfdan Mahler (nac. 1923), incluyó ejemplos tomados de trabajo de dicha Comisión en su influente documento *Health by the People* (1975)⁴³ (Cueto, 2004).

En este marco internacional era coherente que la OMS abandonara las campañas verticales y emprendiera a partir de 1960 una línea de trabajo en torno a servicios de salud más básicos. La URSS lideró y defendió esta posición, y a través de su representante, Venediktov, anunció en la 32ª asamblea de 1970, que la delegación soviética deseaba proponer una resolución "sobre los principios racionales sobre los que debía basarse el desarrollo de un sistema nacional de salud" (resolución WHA23.61: "Basic Principles for the development of health services"). Dos puntos dominaron el intenso debate de la resolución: el papel del Estado y la gratuidad de los servicios. Así, aun cuando los antecedentes más inmediatos de la conferencia parten de Mayo de 1974, cuando ésta fue formalmente propuesta por una asamblea preocupada por las desigualdades de salud, tras examinar el informe del director general de 1973, y el quinto informe sobre la situación sanitaria mundial (OMS, 1991), podemos remontarnos a 1970 para explicar la sucesión de acontecimientos que condujeron a Alma-Ata. Ninguna otra delegación presionó a la OMS tan agresivamente como la soviética para celebrar una conferencia de escala internacional, cuyo interés no era otro que difundir en el mundo subdesarrollado las ventajas de su sistema político. Pero la filosofía de Mahler era contraria a la propuesta soviética, por su carácter centralizado y medicalizado. Para él, el modelo

⁴³ Newell, K. (ed.) *Health by the people*, Geneva, WHO, 1975. Sobre Newell, véase su necrología, escrita por Hugh Annett, Herbert Gilles, Neil Pearce y Adetokumbo Lucas en las *Midsummer Notes* (Liverpool School of Tropical Medicine), 2000. La escuela realizó un Congreso en su memoria, en marzo del 2000, y los materiales se conservan accesibles en una página web, <http://www.liv.ac.uk/lstm/kn/>. Halfdan Mahler nació en Dinamarca en 1923. Médico de profesión, epidemiólogo trabajó como experto sanitario internacional en tuberculosis para la OMS desde 1951, en Ecuador y en la India, pasando en 1962 a dirigir la Sección central de Tuberculosis de la organización hasta 1969, cuando fue nombrado director de Análisis de proyectos, y en 1970 adjunto a la Dirección general. Desde 1973 fue elegido por tres veces consecutivas Director general de la OMS. A su salida en 1988, pasó a ser Secretario general de la *International Planned Parenthood Federation* en la década de los años 1990, hasta su jubilación en agosto de 1995, año en el que fue distinguido por la Agencia de la Población de la ONU (UNFPA: *United Nations Population Award*), y con la medalla Stampar de la Asociación de Escuelas de Salud Pública en la región europea. En la actualidad participa en las tareas de la extragubernamental Asamblea de la Salud de los Pueblos, cuya segunda reunión tuvo lugar en Cuenca, Ecuador, en julio de 2005.

soviético tenía poco que enseñar al mundo en desarrollo. La imagen de cambio que proponía Mahler partía de las capacidades de revolución desde dentro, fundamentalmente en la periferia, donde las necesidades eran mayores. Su idea era reconstruir la OMS desde las bases, por lo que defendía la convocatoria de conferencias regionales que buscaran soluciones más adaptadas a las necesidades particulares de cada región (Litsios, 2002⁴⁴).

En 1973 el comité ejecutivo de la OMS publicó *Study organizational on methods of promoting the development basic health services*, que fue el punto de partida para la colaboración con la UNICEF (JCHP: *Joint Committee on Health Policy*, 1972), una relación que resultó muy fructífera (Cueto, 2004).

En 1975 UNICEF y OMS publicaron un documento conjunto: *Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries*. Este documento criticaba las tradicionales campañas verticales, la expansión de los modelos médicos occidentales, relacionaba las enfermedades con la pobreza y alababa las experiencias en atención primaria de algunos países en desarrollo. Este documento constituyó los cimientos sobre los que se desarrollaría el modelo de Alma-Ata (Cueto, 2004).

Tras la presentación del informe, la Asamblea Mundial de la OMS solicitó una conferencia internacional para dar prioridad a la Atención Primaria de Salud (OMS, 1991; Cueto, 2004). En la Asamblea de 1976, Mahler propuso el eslogan "Salud para todos en el año 2000" (SPT) (Cueto, 2004), ratificado en mayo de 1977, en la 30ª Asamblea, que acordó en su resolución WHA 30.43 que "el principal objetivo social de los gobiernos y de la OMS para el año 2000 sería el logro por todos los ciudadanos del mundo de un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva", lo que el consejo ejecutivo en enero de 1978 llamó "un nivel aceptable de salud para todos". Entre 1977 y los primeros meses de 1978 se organizaron una serie de reuniones nacionales, regionales e internacionales sobre Atención Primaria. La Conferencia pedida se celebró finalmente en Alma-Ata, en la

⁴⁴ Litsios, durante este periodo, era jefe de investigación operacional (1967- 1972) en la división de investigación en epidemiología y ciencias de la comunicación, co- jefe de Servicios de salud (1972- 1975), y cojefe de desarrollo de AP y desarrollo rural (1975- 1980) en la división de Strenghtening de Servicios de salud.

república soviética de Kazakstán, del 6 al 12 de septiembre de 1978. En ella se concluyó que el objetivo SPT sólo era posible si la Atención Primaria de Salud se convertía en la piedra angular del desarrollo sanitario (OMS, 1991).

A la conferencia de Alma-Ata asistieron más ministros de salud y menos expertos en planificación de lo que se esperaba (Cueto, 2004). Acudieron delegaciones de 134 estados miembros, si bien no asistió China por el conflicto que mantenía con Rusia desde 1960, y representantes de 67 organizaciones y organismos especializados de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales (OMS, 1991), entre ellas la CCM. Se incorporaron a la Mesa de la Conferencia doce presidentes de delegaciones nacionales, entre ellos, el presidente de la delegación española, Enrique Sánchez de León, ministro de Sanidad y Seguridad Social. El documento principal preparado para la conferencia fue el informe conjunto del director general de la OMS y el director ejecutivo del UNICEF, Henry R. Labouisse (1904-1987)⁴⁵, titulado *Atención Primaria de Salud* (OMS, 1991).

La declaración de Alma-Ata incluía diez epígrafes basados en el concepto de salud positiva con el que la OMS abrió su carta fundacional el 7 de Abril de 1948. Insistía en su condición de derecho universal y en su naturaleza multifactorial, que transcendía el sector sanitario. Se inspiraba en el deseo de que la justicia social acabara con las desigualdades de salud y subrayaba la necesidad de desarrollo social. Dicho de otro modo, instrumentalizaba la salud como motor de cambio social.

La Declaración defendía la participación de los ciudadanos en la gestión de la atención de salud e instaba a los estados a que apoyaran el protagonismo de la Atención Primaria Salud (APS) definida como “la asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada

⁴⁵ Henry R. Labouisse (1904 - 1987), abogado y diplomático estadounidense, estuvo al frente del UNICEF desde junio de 1965 hasta diciembre de 1979. Tras ejercer el derecho en la Ciudad de Nueva York, Labouisse trabajó en el Plan Marshall, mediante el cual los Estados Unidos prestaron ayuda a Europa después de la Segunda Guerra Mundial. En 1954 fue nombrado jefe del Organismo de Obras Públicas y Socorro en el Oriente Medio y en el decenio de 1960, Labouisse encabezó el Organismo de Cooperación Internacional de los Estados Unidos, y sirvió como embajador de los Estados Unidos en Grecia hasta su nombramiento como Director Ejecutivo del UNICEF. Nota biográfica de la página oficial del UNICEF, http://www.unicef.org/spanish/about/who/index_bio_labouisse.html

una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación". La APS debía integrar las funciones preventivas, curativas y rehabilitadoras, por lo que proponía la formación adecuada de los profesionales de la salud para trabajar en un equipo de salud y atender las necesidades de la comunidad.

Finalmente, invitaba a la cooperación internacional para que, a través de la Atención Primaria, se consiguiera el objetivo SPT en el año 2000 y un "nuevo orden internacional", haciendo un llamamiento a la paz y el desarme (OMS, 1991).

El término "declaración" sugería una alta importancia, como otras grandes declaraciones de la independencia y de los derechos humanos. La intención era crear un compromiso universal, lo cual no era usual para la agencia: "deberíamos ser una avanzadilla para una conciencia internacional de desarrollo social", decía Mahler (Cueto, 2004). Pero los anhelos revolucionarios del entonces director general de la OMS no encontraron satisfacción en Alma-Ata. El texto que se presentó a Alma Ata fue breve y simple, lo que favoreció el consenso en torno suyo, pero renunció a las alusiones a la pobreza. Para Litsios, si la Conferencia no hubiera ocurrido, no hay duda de que los esfuerzos hacia una APS se hubieran intensificado, aunque no podemos asegurar que en el sentido de la revolución que proponía Mahler. De hecho la unión WHO/UNICEF no resistió Alma-Ata, y de allí nació lo que Newell llamó "una contrarrevolución": la APS selectiva, que reducía la filosofía de Alma-Ata a una lista de problemas de salud que debían ser solucionados.

En su versión más pura la Atención Primaria exigía una revolución social. A Mahler se le acusó de politizar una organización técnica como la OMS. También se le acusó de perseguir ideales inalcanzables, poco evaluables y de simplificar la compleja realidad de las comunidades mediante un discurso universal y descontextualizado (Cueto, 2004; Packard, 2000).

Para la izquierda más radical la Declaración representaba un instrumento de control social (Cueto, 2004). La insistencia de la declaración de Alma-Ata en la naturaleza individual y personal de la salud y en la autorresponsabilidad e independencia de la tecnología médica heredaba las tesis de Ivan Illich y despojaba a la salud de su carácter social, y por tanto de su papel como palanca de cambio.

Los enunciados de Alma-Ata eran completamente genéricos y de aceptación universal. Pese a su referencia explícita a la justicia social, su falta de compromiso político vació de contenido sus planteamientos. Así en la 34^o Asamblea de la OMS se evaluaba la voluntad de los gobiernos de justicia social a partir de la "aplicación de medidas de redistribución de recursos", o "la incorporación de la salud como valor social", sin alusiones concretas a regímenes políticos o ideologías. Ello permitió que los gobiernos más conservadores ratificaran la declaración, evitando así el rechazo que despertaría contravenir la autoridad moral de la OMS, pero sin implantar ninguna reforma real. Las ideologías de uno y otro signo manipularon la declaración de Alma-Ata para apoyar políticas opuestas. Esta adhesión interesaba por otra parte a este organismo internacional, que se aseguraba un liderazgo sin fisuras. Como una de las autoridades de la OMS reconocía, "la declaración de Alma-Ata es la auténtica revolución que nos permite restaurar conceptos genuinos en las actividades de nuestra organización. La OMS se había extraviado, había perdido su rumbo, se dedicaba a atacar determinadas enfermedades y desarrollar unos servicios aislados unos de otros.." (OMS, 1991)

La estrategia de SPT tuvo continuidad con el movimiento de Ciudades Saludables de la OMS surgido en Toronto en 1984 y en la Carta de Ottawa elaborada en una conferencia celebrada en 1986, donde se lanzó la idea de la promoción de la salud (López Fernández y Aranda Regules, 1990)⁴⁶.

En marzo de 1988, diez años después de Alma-Ata, se convocó en Riga una reunión para valorar sus consecuencias y el devenir de la estrategia SPT, cuyas conclusiones se expusieron en la 41^a asamblea mundial de la salud. El documento titulado *De Alma-Ata al año 2000: Reflexiones a medio camino* reiteraba los principios fundamentales de Alma-Ata y, aunque reconocía la necesidad de incrementar el compromiso, se complacía de los logros obtenidos. El más llamativo era la generación de una conciencia colectiva sobre la atención a la salud. La OMS se felicitaba expresamente por la consecución de este logro en los países industrializados, tanto más cuanto era consciente de que las sociedades occidentales

⁴⁶ La carta definió la promoción de salud, como "...el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla". Propuso cinco campos de acción: desarrollar políticas saludables desde el sector público; reforzar la acción comunitaria; desarrollar habilidades personales; crear entornos que contribuyan a la salud y reorientar los servicios de salud

percibirían como ajenos los principios de Alma-Ata, y animaba a resolver los problemas que atraía el abuso de la tecnología médica, a saber, la pobreza de las actividades preventivas, el aumento de los costes, la despersonalización de la atención médica y la medicalización de la salud.

La OMS se enorgullecía de ser capaz de abanderar un cambio de paradigma en la atención a la salud y, aunque reconocía el carácter visionario de las famosas palabras que Virchow escribió en 1849: “La medicina es una ciencia social y la política es medicina a gran escala” y el histórico del Informe Lalonde, llama la atención la ausencia de referencias a otras fuentes anteriores o a contextos explicativos de su filosofía (OMS, 1991). Como se dijo en Riga, Alma-Ata impulsó una ética en el sistema de atención a la salud, pero esta hundía sus raíces en una larga tradición, sin la cual no hubiera prendido.

A pesar del discurso autocomplaciente de Riga, la aplicación de Alma-Ata fue difícil, porque apenas un año después surgiría una interpretación diferente de la Atención Primaria de Salud. En palabras de Litsios, Mahler desperdió mucha de la energía e ímpetu con la que llegó a la Dirección general de la OMS en 1973 (Packard 2000; Litsios, 2002) . En la asamblea de Riga Mahler fue sucedido por un médico japonés Hiroshi Nakajima. Su elección fue considerada como el final de un modelo. La OMS perdió su perfil político (Cueto, 2004).

La declaración de Alma-Ata fue percibida en algunos círculos más convencionales como demasiado ambiciosa e idealista. La Fundación Rockefeller, preocupada por la identificación de estrategias de salud más coste-efectivas, patrocinó en 1979 una pequeña conferencia titulada “Salud y población en desarrollo” en Bellagio, en Italia. Su presidente, un médico llamado Knowles, defendía la urgente necesidad de aumentar la cantidad de médicos generales en Estados Unidos. Participaron representantes de otras agencias internacionales, como el presidente del Banco Mundial, procedente de la Administración Kennedy y Johnson; representantes de la Fundación Ford; del Centro de Desarrollo e Investigación de Canadá; de la Agencia norteamericana para el Desarrollo Internacional, así como el nuevo director general de la UNICEF, John Grant, un abogado economista de Harvard. Los intereses de todos coincidían en que los recursos de las agencias internacionales eran limitados y se debían emplear en intervenciones a corto plazo, aprovechando las oportunidades

locales políticas. La conferencia estaba basada en un documento de Julia Walsh y Kenneth Warren titulado "*Selective Primary Health Care, an Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries*", (New England Journal of Medicine, 1979; 301: 967-74). Los autores no criticaban directamente la declaración de Alma-Ata, pero presentaban una serie de objetivos más costo eficientes para luchar contra las principales enfermedades de los países pobres con base a un escueto número de variables recogidas en Haití. Al mismo tiempo, el éxito de la campaña de vacunación antivariólica recuperó el interés por el acercamiento tecnológico a la salud (Packard, 2000). Estos planes fueron más tarde concretados en cuatro puntos que se conocieron bajo el acrónimo de GOBI (*growth monitoring, oral rehidration, breast feeding, immunization*). Más tarde se le añadió el FFF (*food supplementation, female literacy, family planning*)⁴⁷.

Aunque la UNICEF y la OMS nunca se enfrentaron abiertamente, el antagonismo se hizo patente entre las dos posiciones y la UNICEF pronto se desmarcó del acercamiento global de la atención primaria y propuso la revolución de los niños basada en los puntos GOBI. Los defensores del modelo global de Atención Primaria acusaban a la Atención Primaria Selectiva de volver al acercamiento tecnocrático que ignoraba las causas sociales de enfermedad y recuperaba los programas verticales (Packard, 2000). Pero los planteamientos globales no pudieron competir con la atracción que estas campañas ejercieron sobre los gobiernos, las agencias y los profesionales.

Además, el nuevo contexto político creado por la aparición de regímenes neoliberales, que condujeron a importantes restricciones en los fondos de ayuda a los países en desarrollo, también favoreció actitudes conservadoras entre los profesionales de la salud (Packard, 2000; Cueto, 2004).

En general, los médicos percibieron el modelo de Atención Primaria como una medicina de segunda categoría, sinónimo de tecnología simplificada, pragmatismo y alejamiento de los principios científicos, que exigía demasiado sacrificio para los

⁴⁷ Es interesante subrayar la ausencia de las infecciones respiratorias agudas, que eran la primera causa de mortalidad infantil en los países pobres, quizá porque necesitaba de antibióticos que el personal no médico de los países pobres no estaba autorizado a emplear.

profesionales nada interesados en ejercer en el medio rural y zonas pobres (Cueto, 2004).

En España el discurso profesional más conservador, reflejado en una monografía publicada por el Consejo General de Colegios Farmacéuticos en 1984 ⁴⁸, siguió la misma línea. Se criticaba la uniformidad con que la Declaración de Alma-Ata trataba la atención a la salud, ignorando cómo las diferencias en el grado de desarrollo económico y social determinaban ésta. Estaban convencidos de que se dirigía a países cuya precariedad sanitaria y social exigía una intervención poderosa y urgente. Argumentaban que los objetivos de SPT concretados por la Organización Panamericana de la Salud en octubre de 1980 (los únicos acordados hasta esos momentos) eran unos mínimos superados por las sociedades occidentales tiempo atrás. En los países en vías de desarrollo, la Atención Primaria era el modelo posible ante la carencia de recursos, pero no así en los desarrollados, donde existían medios para sistemas de atención más sofisticados. Se burlaban de la aplicación occidental de un modelo que defendía la asistencia sanitaria por la comunidad por "individuos poco instruidos, médicos descalzos, (...) hasta médicos generales, sin descartar curanderos tradicionales y parteras empíricas". Entendían que este modelo no era en absoluto aplicable a nuestra sociedad y que ejercería un efecto regresivo. Incluso hacían un esfuerzo por desmitificar el papel de la prevención en las sociedades desarrolladas, afirmando que existían amplios sectores que culturalmente sólo se conducirían por los síntomas y a los que el sistema sanitario debía dar respuesta con una preparación tecnológica digna.

Otra de las críticas se dirigía paradójicamente a exculpar a la atención médica del estado de la salud de la población, pues, en los países desarrollados, los equipos de salud no disponen de competencias para mejorar la situación existente. Sólo una parte de la salud sería responsabilidad de los médicos, con lo que se negaba el papel transformador de la salud y se minimizaba el poder de la atención primaria.

Se rechazaba el aprovechamiento partidista que los gobiernos hacían de Alma-Ata para legitimar su intervención en materia de salud. También se subrayaba la

⁴⁸ Esta monografía, pese a estar escrita por el colectivo de farmacéuticos, representa muy bien el sentir de los médicos, por su coincidencia con lo publicado en la prensa médica. Desconozco si la Organización Médica Colegial publicó algo parecido, pero de haberlo hecho seguro que guardaría grandes semejanzas. Sus contenidos son plenamente superponibles con el discurso de la posición política que se opuso a la reforma sanitaria española.

asepsia y la indefinición con la que la Declaración de Alma-Ata abordaba este punto, aceptando la disparidad de fórmulas de organización siempre y cuando éstas respetaran la responsabilidad del Estado en garantizar la salud de sus ciudadanos.

La lectura economicista que de la Declaración de 1978 hicieron muchos gobiernos preocupados por el creciente coste de los sistemas sanitarios, cargando el peso del control del gasto sobre los médicos, provocó la defensa de estos frente a la fuente que inspiraba estas medidas.

La respuesta de los médicos al modelo de Atención Primaria era previsible hasta para los propios inspiradores del modelo. En un discurso de 1980, Mahler se quejó del "imperio médico" (Cueto, 2004). Muchos observadores coinciden en señalar la posición radicalmente antimédica de Mahler, y como muestra, valga esta anécdota recogida por Litisios (2002): En una ocasión, el presidente de un poderoso país desarrollado preguntó a Mahler qué podría hacer para mejorar su sistema de salud, y este contestó: "Yo creo que el primer paso es cerrar las Facultades de Medicina durante dos años y luego podemos discutir lo que hacer, porque realmente constituyen el principal foco de resistencia para el cambio".

La filosofía de la Conferencia de Alma-Ata no beneficiaba en modo alguno a los intereses de este grupo profesional. Aunque en la Declaración no figurase expresamente la desmedicalización de la población, sino como consecuencia implícita de la autorresponsabilidad de los individuos de su salud, este principio constituye un eje básico del espíritu de Alma-Ata. De hecho, la OMS reconocía haberse inspirado en las críticas que se hacían a la medicina altamente tecnificada, costosa, poco eficaz e incluso perniciosa que no mejoraba el estado de salud de la población (Kleczkowski, Elling, Smith, 1981)⁴⁹. La excesiva medicalización del modelo sanitario era considerado el obstáculo más severo para el desarrollo de la atención primaria en occidente (Kaprio, 1979; Cueto, 2005). La 34ª Asamblea de 1981 asumía el conflicto de intereses que la Atención Primaria suponía para la profesión médica, en lo que suponía el cambio de un enfoque curativo por otro preventivo. La OMS era consciente de que la desprofesionalización y la desmitificación de la tecnología sanitaria que

⁴⁹ En 1973, un grupo de estudio creado bajo la dirección de Newell, publicó un documento que hablaba de "la crisis en la que los servicios de salud habían entrado por la insatisfacción que generaba entre la población el crecimiento incontrolado de los mismos buscando la satisfacción de los profesionales sanitarios, pero no la del consumidor" (Litisios, 2002).

proponía sería percibida como una amenaza para la profesión médica "(...) la salud es una cuestión individual y personal y no debe dejarse exclusivamente en manos de los médicos (...)". En esta asamblea y en la de Riga se reconocía el fracaso en la motivación de los médicos para el trabajo en equipo y con la comunidad y se insistía en la necesidad de dirigir los esfuerzos en esta dirección y en el cambio de orientación de las Facultades de Medicina (OMS, 1991).

Para una generación de médicos, Mahler fue una especie de icono. Los propios médicos de familia eran conscientes, y así lo exhibieron, de que la Medicina de Familia como un nuevo concepto de atención a la salud crearía resistencia natural en el sistema médico tradicional hospitalario y universitario (Almagor, 1990). Sin embargo la interpretación que los sectores médicos más progresistas hicieron de la Declaración de 1978 se acomodó finalmente a sus intereses profesionales. En su versión más templada, la Atención Primaria había que entenderla como un contacto médico de primera línea, un paquete de programas dirigidos a la población. Esta lectura interesaba realmente a los nuevos médicos generales, los médicos de familia, convencidos de que la clave para introducir la filosofía de la SPT en los sistemas sanitarios era a través de un proceso educacional que preparara al médico de familia y su equipo para cumplir esta nueva misión y que el incremento del número de residentes de Medicina de Familia cambiaría el curso de la Atención Primaria en Europa. Los médicos de familia se erigían como agentes para el cambio (Almagor, 1990).

La Medicina de Familia contribuiría a una apertura de los servicios médicos hacia la persona y la comunidad, y a generar una conciencia sobre la naturaleza social de la enfermedad. En definitiva, la Medicina de Familia suponía un acercamiento global a los problemas de salud de la persona y la población. En este sentido, la filosofía de la Atención Primaria de Salud se superpone a la de la Medicina de Familia. Por tanto es coherente la afinidad o consonancia ideológica que surgió entre los médicos de familia y los principios de Alma-Ata⁵⁰. Los médicos de familia se apropiaron oportunamente del nuevo modelo, porque éste potenciaba su papel en la atención de la salud de la población, pero en realidad el espíritu de Alma-Ata iba

⁵⁰ Esta afinidad queda reflejada los documentos publicados por la WONCA en 1991 y en 1994, este último en colaboración con la OMS, sobre el papel de GP en los sistemas sanitarios y en la adecuación de estos a las necesidades de la salud de la población (Horder, 1998)

más allá de los servicios médicos. En la reunión de Riga se insistió que “la Atención Primaria de Salud no era atención médica de salud” y se denunció el que “los profesionales de la salud se han adormecido con la cantinela de que el primer nivel de atención es la Atención Primaria” (Kleczkowski, Elling, Smith, 1981).

Podríamos decir que la adherencia de la Medicina de Familia al modelo de Atención Primaria se hizo sin respetar su auténtico espíritu revolucionario, y su adaptación en realidad derivó en el mismo sentido que manejó la corriente selectiva de la atención primaria (Cueto, 2005)⁵¹. Para Martínez Navarro, la especialidad de Medicina de Familia mantenía el modelo biologicista, no sobrepasando el ámbito familiar, si bien trasladaba el protagonismo del hospital al centro de salud. Avisaba del riesgo de buscar en la Atención Primaria la solución a la crisis económica sin tener en cuenta que esta es producida por el efecto de la crisis del capitalismo sobre el sector sanitario y la imposibilidad para la medicina burguesa de ofrecer alternativas sanitarias adecuadas. Los modelos de APS “se han configurado en función a las necesidades de la estructura médica, con el fin de conseguir mayor eficacia, y no como una respuesta adecuada a las necesidades reales de la comunidad”. La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria se corresponde con el concepto de atención médica primaria, pero no trasciende su naturaleza individual. Su condición de especialidad médica moderniza las funciones del médico generalista y frivoliza la capacidad real de transformación (Martínez Navarro, 1982).

El entusiasmo que la Conferencia de Alma –Ata despertó en nuestro país no fue ajeno a la situación social y política. El liderazgo de la OMS impulsó la fiebre reformadora que experimentaba la sociedad española y sirvió para consolidar unos principios emergentes. En España, la declaración de Alma-Ata, coincidió con la efervescencia del nacimiento de la especialidad. El uso que los nuevos médicos de familia y los programas políticos de izquierda dieron al modelo de Atención Primaria de Salud para legitimar la especialidad fue enorme. Alguna opinión autorizada minimiza este en los cambios sucedidos en nuestro país en la atención médica, afirmando que estos hubieran ocurrido igual sin Alma-Ata

⁵¹ En este trabajo, el autor identifica el planteamiento selectivo de la APS en forma de programas verticales, que refuerzan la pasividad de la población, como uno de los problemas que conducen al fracaso del modelo.

“..el programa Salud para todos estaba hecho para los países en desarrollo (...) porque hay mucha confusión sobre ella [esta idea], esto que estamos ahora comentando hubiera ocurrido aunque no hubiera existido Alma-Ata, porque Alma-Ata no nos afecta a nosotros para nada..” (Entrevista a JSA).

El análisis histórico de la década de 1970 permite coincidir parcialmente con Segovia de Arana y limitar el papel de Alma-Ata a uno puramente propagandístico de unos conceptos que ya habían madurado en nuestra sociedad años atrás. La proliferación de escritos de opinión poco rigurosos, ahistóricos, otorgaron a Alma-Ata un desempeño mayor del que le correspondía a su propia capacidad, convirtiéndola en doctrina.

Los médicos de familia españoles se consideraban portadores de la filosofía de la Atención Primaria y recurrieron permanentemente a ella para construir su identidad corporativa. Las primeras promociones de médicos de familia españoles surgieron precisamente en un momento en que las intenciones reformistas en materia sanitaria aplicaban el modelo de Alma-Ata, por lo que se sintieron el eje de la reforma. Medicina de Familia, Reforma Sanitaria y Atención Primaria formaron un trinomio inseparable en España, cuyos límites son difíciles de discernir.

4. CONTEXTO POLÍTICO Y SANITARIO EN LA ESPAÑA DE LA TRANSICIÓN DEMOCRÁTICA

En este capítulo estudiaremos algunas claves para comprender el marco histórico en el que se desarrolló el nacimiento de la especialidad de Medicina de Familia en España. Atenderemos primero al clima de movilización social del que sanitarios, estudiantes y ciudadanos participaron, insertando la reforma sanitaria en el discurso del cambio que invadió todas las esferas de la vida social española. Analizaremos después los principales elementos que estructuraron el debate sanitario: la definición de crisis y las propuestas emergentes. El tercer apartado está dedicado al largo proceso de definición del nuevo modelo de organización sanitaria, que culminó con la Ley General de Sanidad en 1986. La larga andadura del proceso traduce la compleja negociación con el Estado en la que se implicaron los médicos como actores sociales fundamentales. El modelo de organización sanitaria interesaba a parámetros básicos del ejercicio profesional, y su debate condensó todos los elementos de la denominada crisis profesional, que se analiza en el cuarto apartado. El cambio del patrón de morbilidad y de la relación médico-paciente, la asalarización de la profesión, la dificultad para encontrar interlocutores representativos para las negociaciones con el Estado, son *grosso modo*, las circunstancias que desencadenan la reorientación de al menos un segmento profesional que elige la reformulación de sus principios de trabajo para permitir la supervivencia de la profesión. Se examinan en un último epígrafe algunas características demográficas del colectivo en la década de los 70 y 80 que explican la creciente heterogeneidad y su capital renovador, determinantes para algunos cursos decisivos de la profesión en esta década.

4.1. El marco social de la transición política española

Los diez años comprendidos desde algo antes de la muerte de Franco, 1972, hasta la victoria del PSOE en las elecciones legislativas de 1982, estuvieron cargados de cambios sociales fundamentales para entender la posterior reforma sanitaria y la

gestación de la especialidad de Medicina de Familia. La transición democrática se realizó en un contexto social de gran entusiasmo popular por los cambios y la sanidad no fue ajena a estos cambios. La medicina y la sanidad reproducen muy fielmente la sociedad y el sistema político en el que se enmarcan (Navarro, 1978). Desde la plena conciencia de esta realidad histórica, los artífices del cambio sanitario justificaban la extensión de las intenciones reformadoras sanitarias a otros ámbitos sociales.

A la modernización que, a pesar del autoritarismo regresivo del régimen, experimentaba la sociedad española de los sesenta, en parte por el desarrollo económico, se sumó el efecto de la ley de convenios colectivos de abril de 1958, que permitió las reivindicaciones laborales en un marco de relativa legalidad, lo que cristalizó en una intensificación de las protestas a partir de 1962. La mayoría de estos desafíos procedían del movimiento obrero industrial, pero se extendían a los barrios colindantes y otros centros laborales, así como a la clase media, en forma de movimiento de solidaridad, alimentando los ideales de ciudadanía y democracia¹. También destacaron otros tipos de agitación como las de las asociaciones de vecinos y las de la universidad, de entre las que cabe destacar, por espectacular, la Capuchinada estudiantil de 1966, asamblea celebrada en el convento de Capuchinos de Sarriá del 9 al 11 de marzo, donde se formó el Sindicato Democrático de la Universidad de Barcelona. Las protestas culminaron con la declaración del estado de excepción para toda la nación en 1969.

Las asociaciones vecinales, principalmente de núcleos urbanos, como Madrid y Barcelona, se organizaron en torno a exigencias relacionadas con la salubridad de las viviendas (Entrevista a JRGA) (Marset, 1990), o la exigencia de construcción de centros sanitarios (Infante, 1975). A partir de estas denuncias se constituyeron comisiones, que se ligaban a las de urbanismo, y las sanitarias de los centros asistenciales, compuestas sobre todo, por enfermeras y personal auxiliar, personal estable y conecedor de la realidad asistencial; también se ligaban a las comisiones de seguridad e higiene de los trabajadores de las empresas más próximas y a otros grupos de lucha obrera, como el del cierre de la SEAT, en Barcelona (1973) y la

¹ P. ej., de las 402 huelgas que tuvieron lugar en 1967, 298 se llevaron a cabo en señal de solidaridad con trabajadores detenidos, sancionados o despedidos (Fusí, Vilar, Preston, 1983).

minería asturiana, que por ser de propiedad estatal, suponían un desafío directo al régimen (Infante, 1975; Fusí, Vilar, Preston, 1983).

La represión, endurecida en los últimos años del régimen, no consiguió aplacar la amplia movilización popular a favor de la democracia y la reforma social que siguió hasta la muerte del dictador, sobrepasándola. Por el contrario, la represión contribuyó a la rápida politización de conflictos inicialmente laborales. Esta movilización exigía un cambio político radical (Balfour, 2004). Las huelgas se generalizaron y la movilización popular se intensificó de manera tan peligrosa que desde marzo de 1976, el cambio político radical se convirtió en ruptura pactada. El consenso político prevaleció sobre el entusiasmo transformador de la población del tardofranquismo y privó del componente popular a la naciente democracia. Este fenómeno se vio respaldado por la poca madurez política de la sociedad española que el régimen anterior se había empeñado en cultivar (el 70% de la población española no mostraba ningún interés en la política) y la preocupación por la crisis económica, que mantuvo en la población el desinterés por las rupturas maximalistas y revolucionarias (Tussell, 2004). En palabras de Imbert (1990) el consenso marginó el cambio revolucionario al ámbito de lo virtual, aunque el discurso se empeñara en visibilizarlo.

Durante el quinquenio comprendido entre 1972 y 1977, los trabajadores sanitarios compartieron con otros sectores la lucha por la democratización de la vida social y política de nuestro país. Los numerosos conflictos sanitarios que surgían casi a diario, en gran medida eran provocados por el deseo de armonizar democráticamente sus relaciones laborales. En esta línea se puede interpretar la lucha del movimiento MIR por participar en las decisiones concernientes a su formación. El movimiento MIR merece un capítulo aparte, el sexto, y a él me remito. También es destacable el papel que jugaron los estudiantes de medicina y enfermería, los médicos hospitalarios y las enfermeras y personal no especializado hospitalario, que reivindicaban subidas salariales, mejoras en la asistencia, una mayor participación en la toma de decisiones o derechos tan básicos como el de reunión en el lugar de trabajo. Las confrontaciones más significativas fueron las de la psiquiatría (Instituto mental de Santa Cruz y San Pablo de Barcelona, Conxo, Asturias, Valencia, etc.), las de los MIR en todo el territorio nacional, las de los colegios de médicos (Madrid, Barcelona, Valencia, Murcia, Granada, etc.), y las de

las facultades de medicina (Valladolid, Madrid, Valencia, Barcelona, Granada, Zaragoza, etc.) (Infante, 1975²; Marset, 1990).

La dimensión laboral y política se superponían en estas experiencias, tanto más cuanto su objetivo superaba el marco laboral para configurar alternativas sanitarias globales, en torno a las cuales se conformaron organizaciones asamblearias que superaban el espacio físico del centro concreto donde se originaba el conflicto. Cabe destacar por su repercusión el II Congreso Nacional de Médicos Jóvenes, celebrado en Valencia en mayo de 1972, que, canalizado a través de la Organización Colegial Médica, fue totalmente rupturista, acogiendo a profesionales liberales enfrentados a la dictadura (las candidaturas democráticas de varios Colegios de Médicos), recién licenciados con posiciones políticas de izquierda y los representantes estudiantiles que llevaban el peso de la lucha contra el régimen en el seno de la universidad³. En estas asambleas se mezclaban posiciones políticamente heterogéneas, pero con liderazgo de la izquierda (Marset, 1990; Borrell, 1994), y en relación directa o indirecta con grupos de oposición al régimen, como la Junta Democrática (fundada el 30 de julio de 1974 en París) y la Platajunta, más tarde (a partir del 26/3/1976)⁴. En Cataluña, la tendencia unitaria de los grupos de oposición estuvo representada a partir de 1971 por la *Assemblea de Catalunya*, que, pese a la represión (en octubre de 1972 fueron detenidos 113 asambleístas), promovió numerosas actividades entre las que cabe destacar el Congreso de Cultura Catalana, que desempeñó un importante papel en el cambio sanitario (Fusí, Vilar, Preston, 1983).

² En este libro se hace una pormenorizada cronología de los conflictos sanitarios en esta época (pp. 247- 274).

³ En Noviembre de 1971 comenzó una huelga de ocho meses en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, por las libertades democráticas en la Facultad, la reforma del plan de estudios y la implantación nacional de un curso rotatorio posgraduado, remunerado, obligatorio y supervisado. La huelga acabó con el curso académico y recibió el apoyo del II Congreso de Médicos Jóvenes de Valencia, que propuso la socialización del ejercicio médico y la planificación nacional de la enseñanza de la medicina (Infante, 1975: 250). Con motivos de estos disturbios, tras el verano de 1972 la Facultad madrileña quedó clausurada durante cinco meses (Fusí, Vilar, Preston, 1983). La Facultad de Medicina de Granada también cerró el curso 1971-72 por huelga general.

⁴ La plataforma de convergencia democrática estaba liderada por el PSOE. Su unión con la junta democrática se conoció como Platajunta y proponía la ruptura y no el reformismo, como camino a la democracia (Comunicado publicado en la Vanguardia de 23/7/1976), aunque pronto tuvo que aceptar la postura del PSOE y los democristianos de ruptura pactada (Infante, 1975).

"El cambio de enfoque vendrá dado", decía Ramón Espasa⁵ —, "por la imposición democrática del derecho a la salud por parte de la mayoría de la población" (Acarín, Espasa, Pardell, 1976). Uno de los principales objetivos de una sociedad democrática debía ser crear los instrumentos que hicieran realidad el derecho a la salud. La salud dejó de ser un concepto exclusivamente técnico para convertirse en ideológico y político, un hecho colectivo, responsabilidad de toda la sociedad (Artigas, Martí, Pardell, 1979; Gol , Jaen, Marcos et al., 1980). Las constantes denuncias que los trabajadores sanitarios realizaban a través de sus movilizaciones sobre las deficiencias sanitarias y el apoyo popular a muchas de estas movilizaciones⁶, fue un punto más de confluencia en esta red de alianzas que conformaba las bases de un auténtico proceso popular a la Seguridad Social. Bajo la bandera de un Servicio Nacional de Salud integrado, que respetara la naturaleza social de la enfermedad, todos estos movimientos confluyeron en uno de gran potencial transformador que transcendía lo puramente sanitario (Serigó, 1979).

La naturaleza social de la enfermedad fue un paradigma que prendió fácilmente en esta sociedad movilizada, que había tomado plena conciencia de su derecho a la salud. La enfermedad estaba en función de una realidad social históricamente determinada. Desde una interpretación marxista la medicina reproducía las relaciones de poder del capitalismo. Para Vicente Navarro⁷ el abordaje individual de la enfermedad eludía planteamientos más globales que cuestionaran el funcionamiento del sistema. La lucha contra el vigente tipo de medicina debía adquirir una dimensión política global (Bosch y Subiros, 1979). El énfasis en la naturaleza social de la enfermedad exigía cambios en la estructura política y social más profundos que superaban la naturaleza privada de la relación médica tradicional. El sistema sanitario no podía limitarse a la lucha contra la enfermedad, sino que debía descubrir y

⁵ Ramón Espasa, nac. 1940, conseller de Sanitat del gobierno autonómico provisional catalán entre, 1977 y 80.

⁶ Así, el conflicto MIR de junio de 1975 tuvo un importante apoyo popular en Cataluña y Galicia (Infante, 1975).

⁷ Vicente Navarro, médico salubrista, de orientación marxista, tuvo que exiliarse en 1962 debido a su participación en la lucha antifranquista. Desde 1965 fue catedrático de Políticas Públicas, Ciencias Políticas y Sociología en la Johns Hopkins University. Ha sido asesor de las Naciones Unidas, entre otros organismos internacionales y de gobiernos, como el de la Unidad Popular chileno presidido por Allende, en la reforma del servicio nacional de salud y del gobierno cubano, en el desarrollo de los servicios sanitarios de atención primaria. Entre otros muchos libros escribió "La medicina bajo el capitalismo", que tuvo una gran difusión durante la transición política. En estos años visitó con frecuencia España, impartió conferencias y concedió entrevistas.

denunciar con eficacia la causalidad social (Navarro, 1978; Acarín, Espasa, Pardell et al., 1976). Como en la tradición histórica, que nos ilustraba el primer capítulo, el arraigo de la medicina social vinculó la salud a la esfera social y política y convirtió la Atención Primaria en un motor de cambio social.

Desde la izquierda se animaba a una verdadera transformación cultural que permitiera la emancipación de la alienación sanitaria segregada por las clases burocráticas dominantes, así como de las normas morales derivadas de ellas. Una revolución cultural que superase la simple aplicación de un sistema democrático a una sociedad capitalista (Bravo, De Miguel, Polo et al., 1979). Existía prácticamente unanimidad en aceptar que el sistema sanitario español estaba en crisis y las fuerzas progresistas la utilizaron como palanca de cambio social: el cambio del sistema sanitario no sería posible sin un cambio radical en la estructura social y económica del país, lo que implicaba un cambio político; dicho de otro modo, no se aceptaba una reforma aislada de la Seguridad Social, sino que su racionalización sólo sería viable en un contexto amplio de reforma, donde se produjera la descentralización y la democratización de los procesos de gestión (Acarín, Espasa, Pardell et al., 1976).

El debate sanitario fue liderado, sin embargo, por los profesionales sanitarios y no por los ciudadanos. Aunque se mantuvo el derecho conquistado a una sanidad pública, fueron los profesionales los que encabezaron el cambio sanitario, desplazando al paciente en el control del sistema (Borrell i Carrió, 1994)⁸. En el periodo comprendido entre 1976 y 1980 el debate sanitario se mantuvo muy activo en Cataluña. Entre los actores que impulsaron inicialmente el debate, quiero destacar el Gabinete de Asesoría y Promoción de la Salud (GAPS) del Colegio de Médicos de Barcelona, creado en 1977, que fue muy fértil en la elaboración de análisis de gran riqueza que pretendían ser un punto de partida para el debate sobre la Atención Primaria y la Reforma Sanitaria. La ilusión profesional y el humanismo inspiraron sus propuestas (Foz, 1995). Alguno de sus miembros como Gonzal Foz, perteneció a la segunda promoción de médicos de familia. El bloque catalano balear de médicos de familia trabajaba sus proyectos docentes en la sede del GAPS (Entrevista a EBB). Al GAPS se deben títulos de gran resonancia como "¿Qué pasa con la sanidad?", de Josep

⁸ Como veremos más adelante, prevalece en la población la cultura de delegar lo sanitario en sus profesionales y de identificar la vía democrática con la electoral (Bosch y Subiros, 1979)

Artigas y cols (1979) o “El médico de cabecera”, de J. Gol y cols (1980). Desde su fundación y hasta 1982 Nolasac Acarín Tusell (nac. 1941, neurólogo y psiquiatra) fue su director (y presidente en el siguiente decenio), quien en colaboración con otros personajes relevantes del panorama sanitario, escribió dos importantes textos: “La salud, exigencia popular” y “La Sanidad hoy, apuntes críticos y una alternativa”, ambos publicados en 1976. Este último fue un ciclo de conferencias impartida por médicos y economistas en la Academia de Ciencias Médicas ante la Asociación de Juventudes Médicas (formada en su mayoría por estudiantes de medicina). La Academia de Ciencias Médicas de Catalunya y Baleares también organizó el famoso X Congreso de médicos y biólogos de lengua catalana, cuya ponencia sobre la función social de la medicina se convirtió en un hito histórico en el debate sanitario (Gol, Jaen, Marcos et al., 1980) (Perpinya, 1976). Otros foros de debate fueron el Congreso de Cultura Catalana⁹, donde se discutió sobre la estructura sanitaria (Gol, Jaen, Marcos et al. 1980; Acarín, Espasa, Vergés et al. 1976) y el mencionado II Congreso de Médicos Jóvenes de Valencia en 1972 (Infante, 1975). En ellos se elaboraron conclusiones que fueron divulgadas a través de textos de amplia difusión y que sin duda contribuyeron a crear una corriente de opinión favorable a propuestas reformistas¹⁰.

La mayoría de estas publicaciones coinciden en su intención de estimular la participación ciudadana en el cambio sanitario y posiblemente magnifiquen el apoyo popular real a este proceso —no olvidemos que el espacio público es el lugar por excelencia de la legitimación (Imbert, 1990; Medina, 1993)—. Sin embargo, su repercusión sobre la generación de valores y actitudes en un sector importante de la

⁹ El Congreso de Cultura Catalana, empresa colectiva de reflexión, discusión y reivindicación, se desarrolló a lo largo del año 1977. Su objeto fue hacer un balance objetivo de la cultura catalana en su sentido más amplio, recogiendo e integrando los puntos de vista de técnicos, científicos, profesionales y particulares, para señalar, ordenar y estructurar los caminos a seguir por los organismos públicos catalanes (Artigas., Martí, Pardell, 1979)

¹⁰ Entre estos textos destaco: Infante A. (Coor.). Cambio social y crisis sanitaria (Bases para una alternativa). Madrid: Ayuso; 1975. Acarín N., Espasa R. Pardell H. et al. La sanidad hoy. Apuntes críticos y una alternativa. 2ª ed. Barcelona: Avance; 1976. Acarín N., Espasa R., Vergés J. Et al. La salud, exigencia popular. Barcelona: Laia; 1976. Artigas J., Martí J. Pardell H. ¿Qué pasa con la sanidad? Barcelona: Península; 1979. Serigó Segarra A. La crisis de la sanidad española. Madrid: 1979. Bravo F., De Miguel J. M. Polo R. et al. Sociología de los ambulatorios. Análisis de la asistencia sanitaria primaria en la seguridad social. 1ª ed. Barcelona: Ariel; 1979. Gol J., Jaen J. Marcos J. A. et al. El médico de cabecera en un nuevo sistema sanitario. 1ª ed. Barcelona: Laia/Fontanella; 1980.

profesión médica no debe ser puesta en duda¹¹ y prueba de ello es que su citación como referencias bibliográficas es una constante en la literatura médica primaria sobre la reforma.

Otros textos divulgativos de gran difusión en nuestro país como “La medicina bajo el capitalismo”, de Vicente Navarro (1978), así como publicaciones internacionales ya mencionadas en el capítulo precedente, contribuyeron a la difusión del discurso internacional de la medicina social del que Alma-Ata fue su mejor exponente, y que conectó fácilmente con el ímpetu reformador de nuestra sociedad. La orientación salubrista sintonizó con las inquietudes sociales de la medicina, preparando el terreno para la emergencia de un nuevo auge de la salud pública, al que se adhirieron tempranamente los profesionales dedicados a ella¹². Entre 1979 y 1981 la Sociedad Española de Epidemiología fue creada como una manifestación orgánica de la nueva salud pública. Esta asociación asumía los compromisos adquiridos en los Congresos del cuerpo médico de la Sanidad Nacional desde 1976, que más adelante comentaremos (Rodríguez Ocaña, 2001c).

Aunque la movilización popular tuvo un papel importante en la transición, muchos historiadores y antropólogos (Díaz, 1987; Imbert, 1990; Tussell, 2004) dudan de que esta fuera orquestada por la sociedad. Una vez muerto Franco, los partidos políticos optaron por una reforma pactada construida a partir de un acuerdo nacional, sobre postulados esenciales que alejara cualquier posibilidad de confrontación, despojando a la transición del potencial revolucionario que inicialmente la definió y excluyendo las alternativas a esta conciencia unitaria y hegemónica. No obstante, las presiones ciudadanas construyeron un discurso del cambio, sobre el que fueron posibles reformas sociales y estimularon el debate sanitario¹³, permeabilizándolo a las tendencias internacionales que defendían un acercamiento holístico a la salud. Además la propia modernización de la sociedad

¹¹ A. Planes, en su entrevista, reconocía *La sociología de los ambulatorios* y *El médico de cabecera en un nuevo sistema sanitario*, como libros de cabecera.

¹² Uno de los libros de mayor difusión fue el recopilatorio de las columnas que Adolfo Serigó, del Cuerpo Nacional de Sanidad, escribió en *Diario 16*.

¹³ Para Imbert (1990) el comportamiento social pasó de una etapa de efervescencia y conflicto (1975- 76), a otra de exclusión por la reforma política (1976-78), para hacerse visible de nuevo en la etapa del desencanto (1978- 1980) en el que se crea una disyunción entre lo social y lo político que se intenta superar a través de la socialización de nuevos modelos de comportamiento, que serán asumidos por formaciones políticas de extrema izquierda, asociaciones de barrio, centros, culturales, plataformas....

española cuestionó los valores tradicionales de poder y autoridad, ejerciendo una fuerza más creativa y emancipadora, si cabe, que la insurrección política (Fusí, Vilar, Preston, 1983: 38). Este escenario social recuerda al que Mc Whinney describía en la Gran Bretaña de la década de 1970 vinculándolo al nacimiento de la Medicina de Familia en aquel país (Mc Whinney, 1975).

4.2. La crisis del sistema sanitario español

Las críticas a la Seguridad Social se generalizaron a principios de los años 70. En síntesis la organización sanitaria española obedecía a la Ley del SOE (Seguro Obligatorio de Enfermedad) de 1942 y la de Bases de Sanidad de 1944; para 1977 estaba fragmentada en varios regímenes, dependientes de 19 ministerios, entre ellos el del Interior (antes de Gobernación), donde radicaba el organismo autónomo de la Sanidad Nacional, creado en diciembre de 1974, que comprendía los centros y hospitales de la Dirección General de Sanidad, las Diputaciones y Ayuntamientos y los Hospitales-fundación; el Instituto Nacional de Previsión (INP), es decir, la Seguridad Social, con sus residencias sanitarias y ambulatorios; y la red asistencial privada (Artigas, Martí, Pardell, 1979; FOESSA, 1983).

El R.D. 2766/1967 ordenó la asistencia en extrahospitalaria y hospitalaria. La asistencia extrahospitalaria se organizaba mediante la asignación de un cupo de cartillas, según el cual los médicos eran retribuidos, manteniendo un contrato de dedicación parcial con el INP (más tarde INSALUD) cercano al de una profesión liberal, mientras que el contrato con los médicos hospitalarios era de dedicación completa en régimen funcionarial. Además de la fragmentación que hacía el sistema ineficiente e imposible de manejar, el centralismo y la falta de democratización en el control de la gestión y las deficiencias en la atención, fundamentalmente extrahospitalaria, acentuaron en España la crisis de deslegitimación que afectaba a todos los sistemas sanitarios occidentales (Elola, 1991) y alentaron el apoyo popular a la introducción de reformas en la Seguridad Social.

Las críticas al sistema ambulatorio se extendían desde el propio sistema. En el "Libro Rosa", publicado por la Seguridad Social en 1977, aparecían unas encuestas en

las que médicos y usuarios coincidían en que la asistencia domiciliaria y ambulatoria privadas eran mejores que las públicas, debido al trato despersonalizado que se recibía en estas. De estas encuestas sorprende que, en general, los más críticos eran los propios médicos (Bravo, De Miguel, Polo et al., 1979¹⁴). En 1978 el Servicio de Estudios Sociológicos del Instituto de Estudios de Sanidad y Seguridad Social publicó una serie de encuestas de opinión a profesionales y usuarios sobre los defectos de la asistencia y su posible reforma¹⁵. Para los médicos el principal motivo del mal funcionamiento del sistema era la propia organización (61,7%) y la cultura sanitaria de los pacientes (24,5%), acentuando los médicos hospitalarios la primera causa y los no hospitalarios, la segunda. Sólo el 12,3% culpaba a los médicos. Se desprende de estos datos que el espíritu corporativo de la profesión médica se impone por encima de las diferencias ideológicas. Casi un 85% estimaba que la asistencia ambulatoria era insatisfactoria. La causa de insatisfacción de los pacientes eran, para los hospitalarios, los defectos organizativos del sistema y para los no hospitalarios, la despersonalización de la relación médico-enfermo y la insuficiencia de médicos. Años más tarde, en junio de 1983, el Centro de Investigaciones Sociológicas realizó una nueva encuesta a médicos, que mostraba que los principales defectos del sistema sanitario percibidos por los profesionales seguían siendo la falta de satisfacción del usuario y la burocratización (siendo la falta de incentivos y formación los problemas más acuciantes de la Medicina General), así como la deshumanización del ejercicio de la medicina. La asistencia ambulatoria continuaba siendo la más insatisfactoria¹⁶.

¹⁴ Téngase en cuenta que esta fuente bibliográfica se basa en encuestas a médicos generales.

¹⁵ Estos estudios son los siguientes: Martín López, E. Los médicos españoles y su ideología profesional. *Revista de la Seguridad Social* 1979; 2:167-220. González, Paulino. Médicos hospitalarios y no hospitalarios, sus opiniones sobre la Reforma. *Revista de la Seguridad Social* 1979; 3:147-215. Servicio de estudios económicos del IESS. Encuesta a los ayudantes técnicos sanitarios sobre la reforma de la sanidad española. *Revista de la Seguridad Social* 1979; 2:287-320. Servicio de estudios sociológicos del IESS. Encuesta nacional a la opinión pública sobre la organización sanitaria española y su posible reforma. *Revista de la Seguridad Social* 1979:187-213. Servicio de estudios sociológicos del IESS. Encuesta nacional a los médicos sobre la organización sanitaria española y su posible reforma. *Revista de la Seguridad Social* 1979; 3:259-291. Servicio de estudios sociológicos del Instituto de estudios de sanidad y seguridad social (IESS). Análisis comparativo entre profesionales sanitarios y opinión pública sobre organización y reforma sanitaria. *Revista de la Seguridad Social* 1979; 1:114. Para agilizar la lectura, prescindo de la filiación bibliográfica de cada resultado que procede de la misma encuesta.

¹⁶ Esta encuesta confirma otros resultados, como la falta de autocrítica de la profesión médica, que acusa a la Administración de la organización defectuosa del sistema sanitario y a la población de la pobre educación sanitaria (Rodríguez, 1987).

Existía una fuerte corriente de opinión favorable a una reforma en toda la organización sanitaria española, pero más especialmente entre los médicos hospitalarios, que eran, coherentemente, los que más dependían del sector público (el 87% de los puestos de trabajo para los médicos hospitalarios era ofertado por la Seguridad Social, frente al 75% de los puestos de trabajo no hospitalarios). En cambio, en la medicina privada, el predominio de los médicos no hospitalarios era casi absoluto. Los médicos coincidían con otros profesionales sanitarios en el objetivo de una reforma en profundidad, aunque no en el ritmo (debía ser paulatino para los médicos, y rupturista para la enfermería). Esta disensión probablemente obedezca al interés de los médicos por conservar posiciones de poder (FOESSA, 1983).

Aunque médicos y opinión pública señalaban la mala organización y el trato despersonalizado como causas del mal funcionamiento del sistema, eran los propios médicos los que censuraban más estos factores y los más interesados en reformar el sistema. Los médicos enfatizaban la importancia de la medicina preventiva, necesidad que no era percibida con la misma intensidad por la población. Médicos y enfermeras eran abiertamente partidarios de la unificación de la medicina preventiva y asistencial. Los Centros de Salud se constituían en la mejor respuesta a este deseo de los profesionales, reflejado también por la opinión pública en la medida en que consideraba urgente la puesta en marcha de las parcelas de actuación propias de dichos Centros: educación sanitaria, protección ambiental y planificación familiar (FOESSA, 1983)¹⁷.

Casi el 50% de la opinión pública se decantaba por la medicina socializada (FOESSA, 1983). El 58% de la población española opinaba que la asistencia ambulatoria era insatisfactoria, coincidiendo con los médicos en apuntar la insuficiencia de medios, la falta de libertad de elección y la rigidez de los horarios. Se criticaba la mala información, el trato inhumano, e incluso insultante, el excesivo tiempo de espera, la escasa duración de las consultas y la falta de continuidad en la asistencia. Deseaban que el médico tuviera más capacidad resolutive y se simplificara "el papeleo". Esperaban mejor comunicación y comprensión de sus problemas de salud (Bravo, De Miguel, Polo et al., 1979; Artigas, Martí, Pardell, 1979).

¹⁷ Resultados parecidos muestra la encuesta del CIS de 1983, que confirma la inclinación de la profesión médica por la priorización de las áreas más deficitarias de la sanidad: la medicina preventiva, asistencia primaria y psiquiátrica. (Rodríguez, 1987).

La asistencia ambulatoria estaba diseñada exclusivamente para contener la demanda de la población, a expensas de ofrecer un servicio puramente curativo, de baja calidad y basado en el consumo farmacéutico. En su masificada consulta, el médico general se veía obligado a realizar una "medicina sin palabras" que acababa rápidamente en una preescripción (Serigó, 1979). Un 63,4% de los usuarios entrevistados opinaban que los médicos recetaban sin pensarlo mucho para despachar deprisa a los pacientes. El consecuente abuso de los fármacos despojaba a la enfermedad de cualquier significado social. Médicos y usuarios estaban de acuerdo en que parte del gasto farmacéutico podía controlarse evitando las recetas de complacencia (FOESSA, 1983), y mejorando la dedicación (Reventós, 1982). La despersonalización de la relación médico- paciente se relacionaba con la masificación de las consultas, la falta de participación de los profesionales en la gestión, la rigidez burocrática y la excesiva centralización del proceso de toma de decisiones. La incapacidad de los médicos para solicitar cualquier prueba complementaria y su aislamiento profesional los desprestigiaba ante la comunidad científica. Todo ello conformaba un panorama que era necesario cambiar (Infante, 1975; Acarín, Espasa, Vergés et al., 1976; Artigas, Martí, Pardell, 1979; Bravo, De Miguel, Polo et al., 1979). La falta de formación en ciencias sociales y la inexistencia de otros recursos del sistema para dar respuesta a los problemas de la población redundaban viciosamente en su perpetuación (Acarín, Espasa, Vergés et al., 1976). En el sistema ambulatorio brillaban por su ausencia la medicina preventiva y la atención a enfermos crónicos y mentales (Tizón, 1977)¹⁸. La Salud Pública no existía prácticamente en España, ni como estructura ni como conjunto de conocimientos¹⁹, lo que creaba problemas de planificación (Acarín, Espasa, Vergés et al., 1976; Artigas, Martí, Pardell, 1979; Ortún, Segura, 1983).

¹⁸ Tizón García J.L., un psiquiatra que trabajaba en una consulta de medicina general de Barcelona, escribió "Los costes sociales de una errónea concepción de la asistencia sanitaria ambulatoria: una perspectiva". *Medicina Clínica*, 1977; 69: 2:82-89, un artículo muy utilizado en las referencias de la literatura médica del momento, en el que muestra el enorme gasto farmacéutico que suponía la asistencia de enfermos funcionales, somatizadores y psiquiátricos en un sistema masificado que no podía dedicarles tiempo, ni habilidades sociales. La desmasificación y el aumento de dedicación alcanza en el discurso del cambio sanitario el mismo valor que adquirió en el de los médicos de familia británicos, tal como veíamos en el capítulo anterior.

¹⁹ Declaraciones de Vicente Navarro en las sesiones sobre Salud Pública celebradas por la Ciudad Sanitaria Primero de Octubre, la Universidad Complutense y la Facultad de Salud Pública de Baltimore. *Tribuna Médica* 4/2/83. n°976. p.16.

Formaba parte del sentir general la responsabilización a los médicos de cabecera del mal funcionamiento del sistema, considerándolos en el mejor de los casos aliados pasivos (Artigas, Martí, Pardell, 1979), o sin capacidad de defensa (Serigó, 1979). Algunos autores se hacían eco de estas críticas acusando a los médicos de cabecera de constituir una masa descualificada al servicio de los intereses del sistema, cuya perpetuación era posible gracias precisamente a la existencia de una gran población de médicos sin formación científica, buenos solamente para dedicarse a la expedición de recetas y volantes. El sistema era incompatible con una asistencia primaria de calidad desarrollada por un colectivo preparado. De ahí que intencionadamente se redujeran las ofertas de formación para los posgraduados a unos mínimos necesarios para mantener la élite formada que debía trabajar en el hospital. Sólo la lucha de los obreros por su legítimo derecho a la salud y una atención digna, junto a la presión de sus colegas hospitalarios, despertaría a los médicos generales de su letargo (Infante, 1975).

Para otros el colectivo más beneficiado del caos sanitario era el sector privado —que incluía la industria farmacéutica y los médicos con trabajo en el ámbito privado, muchas veces simultaneándolo con otro u otros en la sanidad pública—. La asistencia de baja calidad basada en el consumo farmacéutico había favorecido el crecimiento de la industria farmacéutica, mientras que el pluriempleo entre los médicos les permitía en muchos casos aprovechar los recursos públicos para sus intereses privados. La falta de control de horarios permitió esta compatibilidad. Los médicos rurales cobraban igualas en compensación por el exceso de horas que dedicaban a su trabajo respecto a sus colegas urbanos. Estos, a su vez, montaban consultorios privados, con tarifas bajas, en los que usaban los talonarios de recetas de la Seguridad Social, con la excusa de la falta de tiempo en la consulta ambulatoria. Otros subcontrataban sustitutos, los cuales, a su vez subcontrataban a otros, para poder acumular empleos. Este sistema de subcontratación tenía lugar totalmente fuera del control de la Administración. El “tarugo” era una práctica casi universal, en la que la empresa farmacéutica ofrecía regalos al médico prescriptor de sus productos (Bravo, De Miguel, Polo et al., 1979). La permisiva compatibilidad de los intereses profesionales médicos de la asistencia sanitaria pública y privada constituyeron una fuente de corrupción y un obstáculo

para la reforma y deterioró la imagen y el prestigio social de los médicos generales (FOESSA, 1983: 887²⁰; Tudor Hart, 1990; Elola Somoza, 1991).

Otras opiniones, sin embargo, veían al médico de cabecera como víctima del sistema. Un sistema burocratizado y masificado que degradaba la función del médico y conducía inevitablemente a su desresponsabilización y a la despersonalización (Acarín, Espasa, Vergés et al., 1976; Artigas, Martí, Pardell, 1979). Ello se traducía en la práctica cotidiana en una falta de implicación en la atención al enfermo. En este sistema todo invitaba a desembarazarse del enfermo. Nada estimulaba a trabajar honestamente, ni científica ni humanamente. Todo dificultaba una relación normal y productiva entre médico y usuario. De hecho, todo tendía a convertir al médico y al usuario en enemigos (Gol, Jaen, Marcos et al., 1980). El individualismo profesional del médico en el ambulatorio había llegado a extremos inverosímiles, incluso antisociales. Su papel era exclusivamente distribuir problemas y amortiguar conflictos (Bravo, De Miguel, Polo et al., 1979).

Una vía de salida parecía encontrarse en la alianza entre los profesionales sanitarios y los ciudadanos en pro del cambio. Las funciones del médico de cabecera debían ser reforzadas como base para un Servicio Nacional de Salud (Acarín, Espasa, Vergés et al., 1976; Artigas, Martí, Pardell, 1979; Serigó, 1979). Esta propuesta era incluso argumentada por sectores de poder hospitalarios, afines al sistema, que, en el Libro Rosa, veían la necesidad de reforzar la asistencia primaria para controlar el creciente gasto hospitalario. Dado el desarrollo social de los pueblos y la creciente percepción del derecho a la salud, el desplazamiento de la atención sanitaria desde el hospital a la atención primaria, y a la medicina preventiva y comunitaria, no sólo era un cambio deseable, sino altamente probable, desde una perspectiva sociológica (Bravo, De Miguel, Polo et al., 1979; Serigó, 1979). Para Elola (1991), la potenciación de la Atención Primaria respondía a la crisis de racionalidad producida por la disminución de la eficacia y la eficiencia de los sistemas sanitarios hospitalocéntricos de los países occidentales. La Atención Primaria debía atender las necesidades del 85%-95% de los enfermos en un esquema importado del modelo internacional de la OMS que priorizaba la base y la periferia sobre el centro, y enfatizaba las actividades de

²⁰ Los médicos generales y los del INP sufrían en la encuesta un deterioro de su imagen pública, que los autores justifican en problemas organizativos y constituían una llamada de atención sobre la reforma. (p. 888).

promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Quesada, 1977; Serigó, 1979; Elola, 1991).

La asistencia primaria debía organizarse racionalmente en conexión con el resto de los servicios asistenciales (Acarín, Espasa, Vergés et al., 1976). El aislamiento de la asistencia ambulatoria no sólo la hacía ineficiente, sino que generaba importantes sentimientos de frustración y desmotivación en los médicos generales. La integración se refería no sólo a la coordinación racional de servicios, sino a la de funciones preventivas, curativas y rehabilitadoras, que debían ser asumidas desde el primer nivel de asistencia y que implicaba el trabajo en equipo interdisciplinario con la aportación equilibrada de todos los profesionales relacionados con la salud (Gol, Jaen, Marcos et al., 1980; Foz, 1995). Desde la óptica global de la salud había que crear “centros comunitarios de salud” (Serigó, 1979), “centros de salud y vida, en lugar de hospitales de enfermedad y muerte” (Artigas, Martí, Pardell, 1979)²¹, dependientes y coordinados por el hospital (Acarín, Espasa, Vergés et al., 1976). El Centro de Salud constituía la institución básica del sistema sanitario que adquiriría la responsabilidad de la salud integral de una población determinada (Quesada, 1977; Foz, 1995)²². Unificación y descentralización eran necesidades sentidas por la mayoría de los profesionales sanitarios (FOESSA, 1983). La descentralización se extendía desde la distribución de recursos al proceso de toma de decisiones y al control público del sector sanitario. La burocratización y el autoritarismo deberían resolverse con la participación democrática de profesionales y ciudadanos (Gol, Jaen, Marcos et al., 1980; Ortún y Segura, 1983). Estas tendencias eran igualmente predecibles y no sólo deseables (Bravo, De Miguel, Polo et al., 1979; Artigas, Martí, Pardell, 1979).

En definitiva, se planteaba una inversión de los intereses del sistema: medicina preventiva frente a hospitalaria, enfermo sobre enfermedad; información frente a medicación; era necesario volver al enfermo como problema humano, y recuperar el papel y la confianza en el médico de cabecera (Serigó, 1979; Gol, Jaen, Marcos et al., 1980). El médico de cabecera debía responsabilizarse de la salud de los ciudadanos, mediante el desarrollo tanto de actividades preventivas como curativas,

²¹ En otros textos (Acarín, Espasa, Pardell et al., 1976) se identificaba centro de salud con hospital rural, la función del hospital también incluiría la medicina preventiva.

²² Gol, Jordi, Corominas Josep, Marcos Jesús et al. *El centre de salut integrat, base d'un nou sistema sanitari*, 1981. Tomado de Foz, 1995.

atendiendo al paciente en su totalidad y contexto, rescatando el antiguo papel del médico asesor y defensor del paciente en el sistema sanitario (Acarín, Espasa, Vergés et al., 1976; Bravo, De Miguel, Polo et al. , 1979; Gol, Jaen, Marcos et al., 1980). La recuperación del contexto social del paciente redundaría en una mayor eficacia diagnóstica y terapéutica y una mejor educación sanitaria, “que desmitificará al médico y la medicina” (Artigas, Martí, Pardell, 1979). Estas herramientas harían más rentable la atención sanitaria (Bravo, De Miguel, Polo et al. , 1979). La Atención Primaria debía ser la base del Servicio Nacional de Salud, por conformar un sistema asistencial más humano, económico y comprensivo (Serigó, 1979). Así cambiaría la actitud de los médicos, mejorarían su dedicación y recuperarían la ilusión por su trabajo (Reventós, 1982).

En el I Congreso del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional celebrado en Diciembre de 1976, en Talavera, se expusieron los graves defectos del sistema: su ineficacia, la mala distribución de recursos y el escaso control epidemiológico (Rodríguez Ocaña, 2002: 106), y se defendió un modelo de Servicio Nacional de Salud descentralizado y socializado, en el que el derecho a la salud fuera considerado fundamental. Los participantes se comprometieron a colaborar en una profunda transformación del sistema de Salud pública, apostando por un nuevo modelo basado en el desarrollo de la comunidad y en un cuidado médico integral (Rodríguez Ocaña, 2001c). En 1978 el Cuerpo médico de Sanidad Nacional retomó la propuesta del Servicio Nacional de Salud con una relación funcional con sus trabajadores y una organización territorial de los recursos (Elola, 1991), que conjugara las actividades preventivas junto con las reparadoras en el ejercicio asistencial. Sus participantes defendieron la participación del usuario en la gestión y control de los servicios, fomentando su responsabilidad y cuidando su satisfacción. Unos servicios accesibles a toda la población, basados en la planificación sanitaria, que aprovecharan armónicamente los recursos existentes, ajustándose a unos principios básicos de economía y eficiencia. Se apoyaba la medicina de primera línea “en cuanto más humana, real y económica (...) como acción prioritaria se concibe el establecimiento de una asistencia primaria, que proporcionara asistencia continuada y comprensiva, en la salud o en la enfermedad, al paciente o a su familia y su comunidad” (Conde, 1978²³)

²³ Jornadas del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional.

diseñando un esquema asistencial cuya base sería el Centro de Salud comunitario donde trabajarían médicos de familia.

La Medicina General debía constituir una especialidad, la más importante dentro del sistema sanitario, con una planificación y estructura docente independientes del hospital, que respetara su especificidad, potenciara su calidad y gratificara y motivara a los profesionales (Bravo, De Miguel, Polo et al. , 1979; Serigó , 1979; Gol, Jaen, Marcos et al., 1980). Era necesario incorporar las ciencias sociales a la formación del médico para enfrentar los problemas que se encontraba (Artigas, Martí, Pardell, 1979).

Las críticas mencionadas describen un cuadro muy parecido al que Collings pintó en 1954 en Reino Unido y que muchos médicos de familia británicos señalan como el punto de inflexión que sirvió para despertar el interés por encauzar la decadencia que sufría la Medicina General, reorientando sus principios de trabajo. En España es también fácil reconocer en la crisis de la medicina ambulatoria, gran parte de los contenidos de la especialidad de Medicina de Familia. Propuestas como la atención integral, el trabajo en equipo, la participación comunitaria, la racionalización de los costos, entre otros, constituyeron el cuerpo doctrinal de la especialidad, a modo de conciencia correctora del descrédito social. En este sentido, algunos autores denunciaron la naturaleza técnica con que la Medicina de Familia pretendía responder a las críticas sociales, despojando la salud de su sentido político y desaprovechando el momento histórico que hubiera permitido un abordaje más global de la misma (Martínez Navarro, 1982; González, 1985; Sánchez Bayle, 1998: 45- 51; Maset, Sáez, Sánchez et al., 1997). Desde una perspectiva sociológica, la definición de crisis suele responder a los deseos del grupo dominante por concentrar más poder y a la vez generar una expansión más rentable para él, y en ese sentido la especialidad de Medicina Familiar constituiría un ejemplo de cómo una institución poderosa puede canalizar las crisis hacia su propio beneficio (Bravo, De Miguel, Polo et al., 1979). De hecho, la reforma aumentó notablemente la dotación de personal sanitario (Palomino y Frías, 1992), produjo unos cambios organizativos que modernizaron el ejercicio de la Medicina General y acabaron con el aislamiento personal, la exclusión científica y la marginación salarial de los médicos de cabecera.

4.3. El debate sobre la reforma sanitaria

La reforma sanitaria se planteó, en principio y fundamentalmente, a partir de la necesidad de ordenar las múltiples redes sanitarias que habían surgido por el crecimiento desordenado del SOE y así consta en el preámbulo de la Ley General de Sanidad. Esta necesidad, como vimos en el apartado anterior, sirvió de aglutinante para denunciar otras faltas del sistema, suscitando un debate en el que las alternativas sanitarias de la izquierda jugaron un papel muy importante al inspirar los principios verdaderamente reformadores de la ley, tales como el Servicio Nacional de Salud, descentralizado, con la recuperación de la atención primaria como base de la atención sanitaria²⁴.

Hasta finales de la década de 1970, la Seguridad Social era una estructura intocable e incontrolable por el propio Estado, al servicio de un determinado grupo político, conocido como "aristocracia azul". Existía un grave secretismo en sus cuentas. Hasta 1978 no se sometió a ningún tipo de control parlamentario, ni sus presupuestos eran normalmente aprobados, lo que acentuaba las acusaciones de corrupción (Bravo, De Miguel, Polo et al., 1979). La falta de democratización añadía un elemento de deslegitimación ideológica al sistema sanitario, particular en el caso español (Elola, 1991).

Ya en el tardofranquismo desde la tecnoestructura se elaboraron diversas propuestas de reforma, caracterizadas por ignorar los elementos políticos del debate (Elola, 1991). En diciembre de 1974, el gobierno Arias creó una Comisión Interministerial para la elaboración, en el plazo de seis meses, de un proyecto de reforma sanitaria (Acarín, Espasa, Vergés et al., 1976). En esta comisión se reconocía que el gran reto de la sanidad española partía de la atención extrahospitalaria, donde las carencias eran más notorias (Jurado, 1993). Sus propuestas finales fueron más bien genéricas: creación de un mapa sanitario; reconocimiento del derecho a la salud; participación de la población en cuestiones de higiene, salud pública y educación para la salud (sin concreción alguna en los mecanismos de participación); libertad de elección; control de la actividad profesional

²⁴ Quiero destacar la afinidad entre estas reformas y las que impulsó el gobierno Allende (Navarro, 1978).

Contexto político y sanitario

médica por los Colegios Médicos; contribución del usuario por el servicio; libre adscripción del personal sanitario a la Seguridad Social y pago por acto médico; y creación de un nuevo Cuerpo de Sanidad Nacional con expertos formados en Salud Pública y Administración sanitaria (Elola, 1991). Los cambios políticos impidieron una traducción inmediata del trabajo de esta comisión, aunque como consecuencia indirecta de ella, en 1976 se creó con carácter experimental el área especial sanitaria de Talavera de la Reina, en la que se integraron funcionalmente todos los servicios, tanto asistenciales como preventivos de la zona (FOESSA, 1983).

En 1977 la Seguridad Social, que ya padecía déficit presupuestario, publicó dos documentos de reflexión, conocidos como el "Libro Blanco" y el "Libro Rosa". El "Libro Blanco" proponía la participación estatal en la financiación de la Seguridad Social y el control de la misma por representantes de las empresas, usuarios y administración (Bravo, De Miguel, Polo et al., 1979). Se apostaba por la creación de un Ministerio de Sanidad y una reforma sanitaria participada, pero no se concretaba sobre cómo se produciría su democratización. En cualquier caso era un planteamiento de reforma desde arriba, que evitaba perjuicios para el personal funcionario que prestaba sus servicios en la Seguridad Social (Jurado, 1993). También defendía la idea de que era necesario controlar el uso de los hospitales, haciendo más eficaz la medicina ambulatoria (Bravo, De Miguel, Polo et al., 1979), de la que criticaba fundamentalmente la falta de vinculación del personal con el sistema (Elola, 1991). El texto hacía constantes llamadas a la fe y a la solidaridad, carecía de una auténtica autocrítica, eludía los problemas más importantes, e incurría en ambigüedades y contradicciones. El "Libro Rosa", por su parte, se basaba en encuestas realizadas a la población, médicos, hospitales, empresas farmacéuticas, farmacias, Seguridad Social y Dirección General de Sanidad; incluía la presentación de un "modelo integrado del desarrollo de la asistencia sanitaria", llamado MIDAS, que ignoraba la estructura social y de carácter centralista.

El debate sanitario entre Servicio Nacional de Salud y Seguridad Social sirvió para consolidar la identidad política de los partidos. Así, el partido de Alianza Popular se identificaba con la ideología tradicional del corporativismo médico, la UCD con la mejora paulatina de los servicios sin transformar su núcleo organizativo, y PSOE y PCE postulaban el Servicio Nacional de Salud (Elola, 1991). La izquierda propugnaba

un modelo en el que todos los ciudadanos tenían derecho a la asistencia sanitaria y estaba financiado por los impuestos. El modelo de la Seguridad Social, más propio de la derecha, defendía la financiación por las cuotas de los trabajadores y empresarios, participación en mayor o menor medida de la iniciativa privada y derecho a la asistencia sanitaria en virtud de la condición de trabajador por parte del asegurado. Pero detrás de este debate había algo más que cuestiones de cobertura o financiación y subyacían planteamientos ideológicos antagónicos. La izquierda más pura puso en el Servicio Nacional de Salud la esperanza de un cambio social²⁵. Un Servicio Nacional de Salud, definido como más humano y justo; socialmente apropiado, económicamente adecuado y políticamente más perfecto (Serigó, 1979).

El programa sanitario del primer partido que llegó al poder desde el fin de la dictadura, la UCD, incluía la libre elección de médico, medicina integral, mantenimiento de la financiación de las cuotas con progresiva financiación estatal y la creación de un organismo centralizador, el INSALUD (Instituto Nacional de Salud) (Serigó, 1979). El Ministro de Sanidad, Enrique Sánchez de León Pérez²⁶, asistió con una delegación española a la conferencia de Alma-Ata, y se contagió del impulso reformador, por lo que una de sus primeras actuaciones fue la creación en 1978 de la especialidad de Medicina de Familia y el compromiso de poner en marcha una red de CS. Sin embargo, un alto nivel de desorganización se mantuvo en el sistema durante los años de gobierno centrista (Rodríguez, 1992), que se manifestó en el arrinconamiento de los intentos reformistas, representados por José María Segovia de Arana, como Secretario de Estado para la Sanidad, quien elaboró un proyecto de reforma sanitaria que se envió a las Cortes en 1979 para su discusión²⁷ (Elola, 1991). En él se establecían tres niveles asistenciales: Medicina Familiar, centros médicos sanitarios y hospitales e

²⁵ La izquierda más radical criticó más tarde la renuncia de los sectores más conservadores de la izquierda a la deseada transformación global, sustituyéndola por cambios organizativos que convertían el Servicio Nacional de Salud en una forma más eficaz de ordenación de los servicios sanitarios, buscando modelos como el sueco y el británico. Esta estrategia de acomodar la inquietud reformadora en un orden establecido, para rehuir la temida confrontación no fue específica de la esfera sanitaria, como vimos en el apartado anterior, sino que afectó a todos los ámbitos de la vida española

²⁶ Abogado y economista, antiguo inspector de trabajo, con experiencia en la Administración central en los Ministerios de Trabajo y Gobernación, y ocupó el cargo de Ministro de Sanidad entre el 5 de julio de 1977 y el 5 de abril de 1979. Fue Diputado centrista por Badajoz en las dos primeras legislaturas; presidió CAMPSA, y, actualmente, es Defensor del Asegurado en la compañía aseguradora Sanitas, patrono de diversas fundaciones, como ADECCO y FundaMed, además de abogado en ejercicio y socio-director de Consulting de Derecho Sanitario.

²⁷ Ver nota biográfica en el anexo II.

incorporaba la medicina preventiva y comunitaria. Las líneas básicas de la Reforma — a las que faltaba, no obstante, compromiso y concreción— se aprobaron por el Congreso en mayo de 1980, mas los gobiernos de la UCD no tuvieron la voluntad política necesaria para ponerla en práctica, de modo que apenas se tradujo en realidades (Jurado, 1993).

El grave problema del síndrome tóxico por el consumo de aceite de colza, el famoso "bichito" (Masset, 1986), puso tristemente en evidencia la ausencia de Salud Pública en nuestro país y la ineficacia de los mecanismos de control de nuestro sistema sanitario (FOESSA, 1983). La circunstancia la aprovechó con decisión el PSOE para convertirse en alternativa de gobierno, ayudado por la incompetencia de los ministros de sanidad centristas.

En el periodo 1977- 1982 los cambios más importantes registrados fueron los siguientes:

- La creación del Ministerio de Sanidad en 1977.
- La creación del INSALUD en diciembre de 1978 (R.D. 38/1978) para la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. El Instituto Nacional de Previsión, la antigua entidad gestora, se desdobló en tres: el INSS (Instituto de la Seguridad Social) en el que se incorporaban todas las mutualidades, atribuyéndosele todas las competencias de gestión y administración de las prestaciones económicas de la seguridad social; el INSERSO (Instituto Nacional de Servicios Sociales); y el INSALUD(Instituto Nacional de la Salud). Este se configuraba como organismo ejecutivo que integraba las funciones preventivas, curativas y rehabilitadoras²⁸.
- Las transferencias de competencias a las nuevas CC.AA.(Comunidades Autónomas), entre 1979 y 1981.

²⁸ Por este R.D. se establecieron los mecanismos de participación, a través de un consejo general, con representación de empresarios, trabajadores y Administración, aunque sin capacidad decisoria (FOESSA, 1983).

Estos cambios constituyeron más un intento de democratización, racionalización, simplificación, y descentralización, que una reforma sanitaria (Elola, 1991).

Aunque en los Pactos de la Moncloa (Octubre, 1977) la izquierda española introdujo reformas importantes en la Seguridad Social, y aspectos específicos de salud laboral, planificación familiar y salud mental, parece que no se hicieron en el marco de revolución social que exigía su genuina reivindicación de Servicio Nacional de Salud. Lo que varios autores (Díaz, 1987; Imbert, 1990) han coincidido en denominar "el desencanto", comenzó poco después de las elecciones de 1977 y se extendió con el triunfo del consenso, afianzándose, con la Constitución, hasta 1981. Por su carácter desmovilizador terminó beneficiando al orden establecido. El desencanto se puede analizar dentro del marco más amplio de la crisis internacional de legitimación del Estado del bienestar y la crisis económica mundial²⁹. A ello habría que sumar, localmente, el sacrificio de la memoria histórica y de las grandes ambiciones transformadoras de la sociedad que la comunidad de partidos pactó, en defensa de un sustrato elemental de principios democráticos. Y es que durante los primeros años de la democracia la atención se centró en mantener la seguridad del sistema, pacificando la sociedad y evitando cualquier tipo de conflicto social serio (Rodríguez, 1992). No es de extrañar que las pocas novedades introducidas en los mencionados pactos no se cumplieran (Bravo, De Miguel, Polo R. et al., 1979).

En las elecciones municipales de 1979, la izquierda ganó terreno en los municipios, y ante la dejación de las Diputaciones, la insuficiencia de los ambulatorios y la falta de política al respecto del Ministerio de Sanidad, iniciaron una experiencia transformadora, fundamentalmente en las grandes ciudades, impulsando Centros municipales de Salud (Marset, 1986). Como rezaba algún folleto divulgativo, estos se autodefinían como "centros sanitarios que, mediante acciones programadas, de carácter preventivo, de investigación y educación ciudadana, trataban de contribuir a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades". Incluían centros de planificación familiar, salud materno-infantil, salud escolar, tercera edad y otros grupos específicos (FOESSA, 1983). La prensa médica anunciaba frecuentemente la puesta en

²⁹ El hecho de que el inicio de la transición se inscribiera en un contexto de grave crisis económica, con las alternativas neoliberales en boga, limitó la potenciación de políticas sociales.

marcha de estos centros³⁰ sin claridad en sus objetivos ni en la composición de profesionales³¹, y que arriesgaban la deseable integración de actividades preventivas y curativas (Reventós, 1982).

El golpe de Estado de febrero de 1981 trajo numerosos presagios a la sociedad española y la despertó del letargo del desencanto, para recuperar su esperanza en el cambio que ofrecía el Partido Socialista. "Por el cambio" no era sólo un eslogan electoral, sino que fue el objetivo a lograr. El programa electoral del PSOE se rodeó de una mística que conectó fácilmente con la decepción ciudadana (Díaz, 1987; Tussell, 2004). En octubre de 1982, tras una intensa movilización social y política, de sentido progresista, el triunfo en las elecciones del PSOE levantó, en todos los ámbitos de la vida española, también en el ámbito de la salud, grandes expectativas. En las Primeras Jornadas sobre Asistencia Primaria³², organizadas por la Secretaría de Acción Social del PSOE, se expuso el programa con el que se presentaban a las legislativas de 1982, en el que se defendía la participación comunitaria, con protagonismo de las corporaciones locales, y la priorización de la Atención Primaria de Salud, siguiendo la Declaración de Alma-Ata, que se prestaría en los Centros de Salud por equipos multidisciplinarios. La atención integraría asistencia preventiva y curativa. Por último, se introducía la jornada completa y la retribución por usuario (no por cartilla) (Elola, 1991).

La tesis política de cambio del que formaba parte el Servicio Nacional de Salud, se basaba en el Estado de bienestar. Pero desde el principio de su llegada al poder hubo un claro incumplimiento del programa sanitario socialista. La crisis

³⁰ Tribuna Médica 5/2/82 n°931 p.30; Tribuna Médica 26/2/82 n°934 p.42; Tribuna Médica 5/3/82 n°935 p.8; Tribuna Médica 24/9/82 n°958 p.28; Tribuna Médica 19/11/82 n°966 p.27; Tribuna Médica n°970; Tribuna Médica 14/1/83 n°973 p.26; Tribuna Médica 8/4/83 n°985 p.4; Tribuna Médica 24/2/84 n°1026 p.12.

³¹ Ejemplos: los Centros de Promoción de Salud, "donde pueden imbricarse los médicos de familia". Tribuna Médica 15/10/82 n°961 p.22. El centro municipal de promoción de la salud en Segovia comprendía "medicina preventiva y educación sanitaria, información al consumidor y control sanitario de la calidad de los alimentos y planificación familiar. Así como exámenes psicotécnicos para el carné de conducir". Tribuna Médica 4/2/83 n°976 p.16. En las Jornadas de Sociología de la Sanidad y Salud, una asistente social concluía que los Centros de Promoción de Sanidad y Municipales de Salud, nacen más con carácter testimonial que efectivo, y que carecen de criterios claros de funcionamiento (objetivos, financiación, personal ..); ". Tribuna Médica 11/3/83 n°981 p.14. Otras noticias sobre centros similares aparecen en Tribuna Médica 19/4/85 n°1077.

³² Tribuna Médica 16/4/82 n°941 p.16.

económica y la reconversión industrial postergaron las inversiones sanitarias a un segundo plano (Tuñón de Lara, 1993)³³. Ciriaco de Vicente, el abogado y economista que abanderaba el programa sanitario de la izquierda³⁴, no fue incluido por el presidente del gobierno, Felipe González, en su primer gabinete, nombrando en su lugar a un profesor de economía, Ernest Lluch (1937-2000) (Marset, 1986). La postergación de Ciriaco de Vicente, que había llegado a reunir a su alrededor un grupo importante de profesionales sanitarios superó la anécdota individual para convertirse en un hecho profundamente significativo. Los socialistas dejaron la Ley General de Sanidad en un segundo plano y se embarcaron en una política de ahorro económico (Jurado, 1993).

“La reforma de la atención primaria no ha sido un proceso participativo en el que las bases sientan que se ha negociado con ellos (...) cuando la reforma se hizo en contra del ministro (...) no quería hacer nada, no quería ley general de sanidad, la reforma se la colamos unos cuantos (...) en este contexto, tú dime cómo te pones a negociar con los pobres médicos generales, si la pelea estaba a un nivel mucho más básico, que es la pelea con tu jefe para poder hacerlo (...)” (Entrevista a J.C.R.)

El nuevo modelo de organización sanitaria se diseñó desde la Dirección General de Planificación del Ministerio de Sanidad y Consumo y el INSALUD, en el segundo semestre de 1983, con la colaboración casi permanente de representantes de las diferentes CC.AA. (FADSP, 1990)³⁵.

Según relata José M^a Carro, el nuevo modelo de Atención Primaria se gestó gracias al ímpetu existente en cuantos se ocupaban del primer nivel de atención, y al apoyo incondicional del Subsecretario de Sanidad, Carlos Hernández Gil³⁶. Entre los múltiples obstáculos que se le enfrentaron cabe destacar el informe negativo de la

³³ Prueba de ello es que este conocido tratado histórico, apenas dedica unas páginas a la sanidad, en contraste con la crisis bancaria, industrial y agraria.

³⁴ Ciriaco de Vicente fue secretario de Acción social de la Ejecutiva socialista entre 1979 y 1984.

³⁵ Sobre el papel activo de las CC.AA. en la reforma, escribió también Carro Ramos, destacando la excepción de la comunidad gallega, que por razones políticas decidió mantenerse al margen del proceso, y posteriormente recurrir el decreto de su puesta en marcha con clara actitud obstruccionista (Carro, 1998:239- 245).

³⁶ Médico traumatólogo, nac. 1946.

mayor parte del Consejo de Estado (más atento a amenazas corporativas), con las excepciones de su Presidente y de uno de los vocales (Carro, 1998).

La falta de decisión del equipo ministerial se reflejó en el retraso en la promulgación del R.D. de Estructuras básicas de Salud 137/84³⁷. Esta norma estableció un modelo único para toda España basado en los equipos y en los Centros de Salud (Gervás, 1989a). Sus aspectos más relevantes (Elola, 1991; Gervás y Pérez Fernández, 1984) eran:

- Ordenación territorial en zonas básicas de salud compuestas por 5.000 a 20.000 habitantes y unas isocronas de 30 minutos máximo.
- Trabajo en equipo, dependiente de un coordinador médico.
- Integración de asistencia y prevención, en programas y protocolos.
- Cuarenta horas semanales.
- Pago por salario.

Gervás (1996a) añade que el R.D. potenció el trabajo independiente de las enfermeras. Cabe señalar que desde el programa electoral del PSOE hasta la promulgación del decreto, desaparecieron dos puntos claves del proyecto socialista: la participación comunitaria y el liderazgo de los municipios, a favor de la centralización de la gestión en las CC.AA. (Elola, 1991).

El periodo comprendido entre 1982 y 1986 se caracterizó por las presiones y dificultades que rodearon a la aprobación de la Ley General de Sanidad. Lo que parecía en principio un mero trámite, dada la madurez de la propuesta de adoptar una estructura pública de Servicio Nacional de Salud y el respaldo que tenía por parte de los colectivos profesionales progresistas sanitarios y organizaciones ciudadanas y sindicales (Sabando, 1984), se convirtió sorprendentemente en una interminable espera llena de sucesivos borradores, por falta de consenso dentro del propio Ministerio

³⁷ Real Decreto 137/84 de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. B.O.E. De 1 de febrero de 1984 (núm. 27).

(Marset, 1986; Jurado, 1993; Sánchez Bayle, 1998). La falta de definición y la demora fueron señaladas y criticadas repetidamente en la prensa médica por diversos colectivos.

A lo largo de esta primera etapa, el gobierno socialista puso en marcha proyectos sin el respaldo de los colectivos progresistas, al sentirse suficientemente legitimado con los votos. También se produjo un fenómeno político de grandes consecuencias en el campo de la sanidad: una parte importante del contingente más reformista del sector sanitario de la izquierda fue llamada para ocupar cargos públicos en la Administración. Ello sustrajo al colectivo sanitario progresista de un gran potencial reivindicativo, tan necesario en todo proceso de reforma, y por otra, implicó a los nuevos cargos en una dinámica cada vez más "justificacionista", que anuló su potencial innovador. Desde el punto de vista profesional, algo parecido ocurrió con la FADSP y los sindicatos de clase (Marset, 1986)³⁸.

La beligerancia que ofreció la profesión médica a través de la OMC modeló la indecisión del gobierno, pese a que éste no aceptó inicialmente la participación de los intereses profesionales y privados (Rodríguez, 1992). Desde que se hizo público el primer borrador del Anteproyecto de Ley General de Sanidad, que aún conservaba los puntos clave programáticos del Servicio Nacional de Salud, la OMC, a través del presidente del Consejo General de Colegios Médicos (CGCM), Ramiro Rivera³⁹, se opuso frontalmente. Se le calificaba como "estatalista", "burocrático", "socializante", "obsoleto", y "aplicable sólo a países del tercer mundo"⁴⁰, "cubanizador y estalinista" (Goligorsky, 1984). Una parte de los responsables encargados de la organización y funcionamiento de la reforma de la Atención Primaria elegida por el PSOE se formaron en la Escuela de Salud Pública de Cuba (lo que provocó estas críticas deslegitimadoras). Sin embargo, los patrones más reconocidos eran los de Suecia, Finlandia (Elola, 1991), Dinamarca y Gran Bretaña (Conde, 1978; Borrell, 1994).

³⁸ Álvarez Nebreda (1998) opina en el mismo sentido, "La llegada del Partido Socialista al poder en 1982 supuso una importante pérdida cualitativa de los sindicatos de clase, fundamentalmente la UGT, la oposición debía hacerse ahora desde una posición de afinidad ideológica".

³⁹ Ramiro Rivera, cardiólogo, fue presidente del CGCM entre 1982 y 1986, y Presidente del Consejo Asesor de Sanidad, con la ministra Celia Villalobos, en 2000, con el PP en el gobierno.

⁴⁰ Rueda de prensa del ministro de Sanidad. Tribuna Médica 30/12/83 n°1018 p.15. Análisis del Consejo al anteproyecto de Ley de Sanidad. Tribuna Médica 3/2/84 n°1023 p.4. Se estudia una alternativa a la Ley General de Sanidad. Tribuna Médica 10/2/84 n°1024 p.8.

La OMC reivindicaba tres puntos clave: la libre elección del médico con pago por acto médico; inclusión de los hospitales privados en la red hospitalaria y la presencia del Colegio de Médicos en el entramado de la ley para garantizar lo que ellos denominaban "medicina en libertad". Su insistencia consiguió finalmente, introducir variaciones importantes en el borrador de la ley (Sánchez Bayle, 1985).

La beligerancia que opuso la representación colegial, no debe ser interpretada exclusivamente desde el desacuerdo en el contenido del modelo, sino desde el firme deseo de participar en su diseño. El gobierno entendía que el concepto integral de la salud transformaba la enfermedad en un fenómeno colectivo que debía ser controlado por los poderes públicos (Mansilla, 1986), un concepto respaldado por las tendencias y organismos internacionales. El auge de la Salud Pública acentuó el carácter político de las decisiones sanitarias (Martínez Navarro, 2000). El creciente peso de la política en el control del modelo sanitario supuso un elemento considerable de presión sobre la autonomía profesional, al ignorar la participación de los médicos en el diseño de la reforma. El modelo de organización sanitaria definía la forma y los límites del mercado de salud, las características de la práctica profesional, el control sobre la organización del trabajo profesional y el estatus profesional. La reforma sanitaria fue objeto de conflicto entre la profesión y el gobierno, al afectar ésta a la esencia y la supervivencia de la profesión misma. La ley reforzaba el monopolio del Estado sobre la provisión de los servicios de salud sobre la población, por lo que la reforma fue sistemáticamente cuestionada y atacada desde sus comienzos por la profesión médica (Rodríguez, 1992). El discurso médico más oficial, reflejado insistentemente en la prensa médica, reclamaba el monopolio sobre lo sanitario — "los médicos somos los que más sabemos de medicina y se nos tiene que consultar"⁴¹— y desconfiaba de la amenaza que representaban los intereses políticos sobre los de la profesión, en un momento en el que se vivían problemas como el paro médico y la crisis económica, que arriesgaban su capacidad negociadora⁴².

Pese a que el segmento médico más conservador polarizó este discurso, debemos aceptar que el carácter corporativo marcó a toda la profesión en este asunto, con independencia de su ideología, como se desprendía de la encuesta mencionada del

⁴¹ Nuevos presidentes de colegios. *Tribuna Médica* 6/7/84 n°1044 p.4.

⁴² Programa de los candidatos a la presidencia del Consejo *Tribuna Médica*, 9/7/82 n° 953 p.17

Instituto de Estudios Sanitarios de 1979, al mostrar la preferencia de los médicos a que fueran las organizaciones profesionales, entre ellas las colegiales, las que decidieran la reforma (Martín López, 1979)⁴³. Este corporativismo era respetado por casi la mitad de los españoles, como mostraba una encuesta realizada en 1982 por el Fondo para Investigación Económica y Social de las Cajas de Ahorro, en la que el 44% opinaba que eran los expertos (profesionales y Ministerio) quienes debían resolver los problemas de la seguridad social (FOESSA, 1983). Aunque la asistencia sanitaria pública siempre fue considerada de interés social en las campañas electorales (consume el 5% del PIB y genera 400.000 puestos de trabajo), nunca existió un debate político sobre ella. La política sanitaria ocupó muy poco espacio en la vida parlamentaria (la votación final de la Ley General de Sanidad tuvo que ser aplazada por falta de quórum) y atrajo en general, muy poca atención de los partidos políticos. Por ello, a pesar de la democrática intención de los políticos y sectores más progresistas de trasladar los asuntos sanitarios a la esfera pública, la negociación quedó entre los profesionales y la ejecutiva estatal, ante la pasividad de la población (Elola, 1991)⁴⁴.

La rigidez del primer gobierno socialista en negarse a aceptar la participación de las asociaciones profesionales en el diseño de la reforma radicalizó el conflicto (Rodríguez, 1992). Todo lo que "olía" a socialista, reforma y médicos de familia incluidos, contaba con la sistemática oposición de los representantes colegiales y sectores afines (Borrell, 1996), de lo que la prensa médica de la época dio buena cuenta⁴⁵. La posición médica más conservadora, a través de sus representantes colegiales, empleó una amplia gama de estrategias, desde la clásica instrumentalización de la relación con el paciente y el humanismo de la medicina en la prensa médica (González Rodríguez, 1985)⁴⁶, hasta maniobras políticas más sucias

⁴³ En esta encuesta se apreciaba coherentemente con otros datos que aparecen en el texto, que cuanto mayor era la tendencia socializante, mayor la inclinación a la participación de los grupos políticos en la reforma

⁴⁴ Vicente Navarro aseguraba que en Gran Bretaña el diseño del Servicio Nacional de Salud se hizo a nivel parlamentario, excluyendo a los ciudadanos, pactando con los médicos, para evitar conflictos con ellos, resultando en un sistema burocrático en el que no había lugar para el encuentro entre expertos y población (Bosch. y Subiros, 1979)

⁴⁵ Nuevos presidentes de colegios. *Tribuna Médica* 4/6/82 n°948 pp. 10-12. Programas de los candidatos al Consejo *Tribuna Médica* 9/7/82 n°953 pp. 16- 17. Así van las cosas. *Tribuna Médica* 24/9/82 n°957 p.16. En torno a la reforma sanitaria *Tribuna Médica* 23/3/84 n°1030 p..27. Nuevos presidentes de colegios *Tribuna Médica* 6/7/84 n°1044 p.4. El Insalud no acata las sentencias. *Tribuna Médica* 3-9/3/89 n°1226 p.2.

⁴⁶ Para este autor el axioma en el que los médicos se han apoyado a lo largo de la historia, basado en

(véase más adelante la "Operación Primavera"), expresión del valor que tenía para la supervivencia de la profesión lo que la reforma del modelo ponía en juego.

Pese a la resistencia inicial, el gobierno se vio obligado a negociar la reforma con los interlocutores profesionales conservadores. Gran parte del debate tuvo que desviarse para responder a las reivindicaciones de los médicos referentes a la libre elección de médico, al papel complementario de la iniciativa privada, la compatibilidad del ejercicio privado con el público y el pago por acto médico⁴⁷. Usuarios y profesionales estaban, en general, a favor de la libre elección de médico (Servicio de estudios sociológicos del IESS, 1979d); González, 1979; Martín López, 1979), pero sólo desde la perspectiva de los intereses corporativos puede entenderse la preponderancia que alcanzó en el debate sanitario de la década un tema tan marginal (Sánchez Bayle, 1985).

El gobierno adoptó una actitud más pragmática y dejó abierta la puerta a una revisión hacia la derecha de sus planteamientos iniciales (Rodríguez, 1992). No sólo desde la izquierda sanitaria, desde muchos otros sectores, se reconocía el repliegue de las posiciones de partida del Ministerio de Sanidad, acordándose finalmente con los sectores más conservadores una redacción ambigua (Marset, 1986), continuista⁴⁸, y que no clarificaba el modelo sanitario⁴⁹. La cesión podía apreciarse en aspectos como las funciones del sector privado (de "subsidiario" al principio, pasó a ser "complementario" después⁵⁰), o en el valor conceptual de la sustitución de la palabra "Servicio" por "Sistema" (Sánchez Bayle, 1998), entre otros. Si miramos a las

el servicio a la humanidad está actualmente desmentido, y es puesto en duda incluso desde los propios sectores progresistas de la profesión (Gol J., Jaen J. Marcos J. A. et al., 1980). La encuesta de 1979 evidenciaba la dimensión relacional como categoría identificativa del tipo ideológico liberal (Martín López, 1979). Ello explicaría porqué los médicos de familia españoles, de orientación progresista como veremos, recurrieron poco a la relación médico paciente en su retórica, a pesar de en el capítulo precedente desvelamos cómo el discurso humanista del médico general era casi una constante universal.

⁴⁷ Jurado, 1993. Cambios en la directiva de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos. Tribuna Médica 4/6/82 nº 948 p.18. Programas sanitarios de los partidos. Tribuna Médica 15/10/82 nº961 pp.35- 41. El cooperativismo debe considerarse en la reforma sanitaria. Tribuna Médica 6/5/83 nº989; pp.14-16. Resultados de la encuesta del consejo. Tribuna Médica 15/4/83 nº986 pp. 10- 12. El ministro define la política sanitaria. Tribuna Médica 22/7/83 nº1000 p.4. Cinco preguntas sobre la libre elección de médico. Tribuna Médica 21/12/84 nº1062 p.4. Los médicos españoles desean que los enfermos decidan sobre el tipo de asistencia. Tribuna Médica 21/2/86 p.6. Sanidad y elecciones. Tribuna Médica 13/6/86 p.8.

⁴⁸ . Sanidad: malestar generalizado. Salud 2000 nº5 1986 p.3

⁴⁹ La Ley General de Sanidad no clarifica el modelo sanitario. Salud 2000 nº5 1986 pp.4-5.

⁵⁰ Repliegues de las posiciones de partida. Tribuna Médica 4/4/86 nº1108 p.6.

relaciones de poder entre los distintos agentes dentro del sistema sanitario público, la Ley General de Sanidad mantuvo básicamente la situación preexistente (Elola, 1991).

Para la FADSP, organización multiprofesional progresista, los problemas que planteó la Ley General de Sanidad fueron el diseño autonómico inconcluso y la indefinición de plazos y objetivos, cuyo incumplimiento quedó demostrado a posteriori (Sánchez Bayle, 1990). Los sectores más progresistas mostraron su desilusión por el incumplimiento de los compromisos con la línea reformadora de Alma-Ata y la lentitud de su aplicación (Roces, 1990; FADSP, 1993). Sin duda la necesidad de no levantar la beligerancia médica y negociar con la profesión fue también causa de la ralentización del proceso reformador (Aguera, 1986). La situación española recuerda a la experiencia chilena, en la que la lentitud con la que el gobierno de Allende implantó su programa permitió la organización de los sectores más reaccionarios y la polarización de posturas dentro de la sociedad, cumpliéndose la máxima de que el riesgo de fracaso de una reforma es directamente proporcional al tiempo que se invierte en ponerla en marcha (Navarro, 1978).

Para Elola (1991), la Ley General de Sanidad aplazó soluciones a problemas importantes, como todos los relacionados con el personal (dejó la vía abierta a la compatibilidad del ejercicio); progresividad de la cobertura (para evitar un aumento del gasto y debido a la falta de consenso); la coordinación de estructuras dispersas (persistían aspectos de privatización); contribución del usuario (centralizaba la gestión en las CC.AA.) y la libertad de elección no se correspondía con la solicitada por los médicos y los usuarios⁵¹. Algunos de los aspectos más positivos de la reforma, como la participación comunitaria y la promoción de la salud, que pretendían disminuir la dependencia de los ciudadanos del sistema, no se tradujeron en acciones sustanciales (Rodríguez Ocaña, 2001c); Elola, 1991). La intención inicial de vehiculizar la participación comunitaria a través de las corporaciones locales (Mansilla, 1986b)⁵² fue desplazada por la centralización autonómica y posteriormente abandonada.

⁵¹ Mansilla (1986b), reconoce el incumplimiento del programa socialista de enero del 83 en el asunto de la libre elección del médico, justificándose en una reorientación más pragmática de políticas globales y macrosanitarias.

⁵² Mansilla insiste en los dos textos que la participación ciudadana debía hacerse a través de las corporaciones locales

Los sectores más reformistas (léase FADSP) reconocieron como progresos: la creación de un Sistema Nacional de Salud, la integración de atención, la universalización de la asistencia, la importancia de la prevención y la promoción y la regulación de los derechos y deberes de los usuarios así como la coordinación de las redes sanitarias (Sánchez Bayle, 1998). El núcleo de los reformadores se complacía en los avances obtenidos en los aspectos organizativos del modelo y de recursos humanos: descentralización administrativa, ordenamiento geográfico de la atención, y el énfasis en la formación de recursos humanos con incorporación de nuevos profesionales, y nuevos roles (Borrell i Carrió, 1994; Palomino y Frías, 1992)⁵³.

El discurso de los médicos de familia se centró en los logros organizativos: la ampliación del horario de los profesionales asistenciales, el uso sistemático de la historia clínica; la programación y la adopción de protocolos y pautas comunes de actuación; la integración de actividades preventivas en la asistencia; la presencia de un coordinador responsable de cada centro (Villalbí, Guarga, y Pasarín et al. 1999), el trabajo en equipo (Palomino y Frías, 1992) y el aumento de calidad del acto clínico (Borrell i Carrió, 1994), gracias al aumento del tiempo de consulta (Elola, 1991), que fue el éxito que más acuerdo generaba en las valoraciones realizadas.

Desde posiciones más críticas con la reforma se acusaba a los reformadores de la ausencia de evaluación de la eficiencia de los cambios implantados (Gervás, Pérez Fernández; Gervás, 1996a); Elola, 1991), iniciativa que partió fundamentalmente de los médicos de familia. Aunque de una manera atomizada, y sin orquestación de las autoridades sanitarias, entre 1987 y 1990 se medía casi todo en Atención Primaria⁵⁴. Sin embargo, los resultados parciales se referían a aspectos particulares de la eficiencia del nuevo modelo (adecuación de ingresos hospitalarios y urgencias, satisfacción del paciente, uso de tecnología, calidad de prescripción, coste...). La mayoría de estos estudios eran diseñados por los nuevos especialistas para legitimar su trabajo, por lo que, en un razonable ejercicio de autocomplacencia, comparaban el nuevo modelo con el tradicional, y no con modelos sanitarios de

⁵³ Aunque el gasto de personal permaneció constante entre 1980- 1986, según la Subcomisión de Atención Primaria de la Comisión Abril (AENSP).

⁵⁴ En ningún momento previo de la sanidad española ha existido tanta evaluación de los servicios sanitarios, por lo que para los médicos de familia, el mito de la falta de evaluación, construido por el discurso de gestión prevalente a partir de 1990, no se sostiene por ninguna parte (Borrell Carrió, 1996).

países de nuestro entorno, lo que era censurado por los médicos del sector no reformado por el escaso valor que aportaba “comparar lo malo con lo peor” (Gervás, 1996b). Todo ello limitaba la validez de los estudios como medida real de la eficiencia del modelo reformado a través de una mejora aceptable de su capacidad resolutoria (Gervás, 1989b); Ortún y Gervás, 1996; Gervás, Pérez Fernández, 1996)⁵⁵.

Los únicos resultados mostrados por las autoridades (INSALUD y CC.AA.) fueron puramente cuantitativos, relacionados con la expansión del sistema, como si este objetivo fuera un fin en sí mismo. La reforma priorizó la gestión vinculada a la expansión y consolidación del modelo⁵⁶, desplazando el poder hacia la tecnoestructura, en detrimento del poder de los médicos, y sin que esta sustracción beneficiara a los ciudadanos. Ello constituía una respuesta a la crisis de racionalidad motivada por la falta de eficiencia del sistema, pero no se tradujo en una mejora de los mecanismos de evaluación (Elola, 1991). El aumento de personal de gestión fue muy criticado desde el corporativismo médico (Gervás, 1996a)⁵⁷.

En virtud de la escasa evidencia científica de las evaluaciones, los resultados se manejaban en función de interpretaciones interesadas (Ortún y Gervás, 1996), lo que se tradujo en una excesiva ideologización de la reforma, muy censurada por voces críticas procedentes del discurso médico tradicional⁵⁸. Para los que representan este discurso, gran parte de las ideas que subyacen en la reforma son acientíficas, inconsistentes y dogmáticas. La reforma fue la reforma socialista, una reforma

⁵⁵ Los resultados, además no siempre beneficiaban claramente al sector reformado.

⁵⁶ En Andalucía, por ejemplo, los distritos sanitarios se crearon como estructura específica de gestión de los recursos de atención primaria. (SAMFYC,1994).

⁵⁷ En la estimación que responsables de la consejería andaluza hicieron del coste de la reforma en esta comunidad, llama la atención que la mayor parte de las estimaciones se dedicaban al gasto en personal, pero el aumento previsto de plazas de médico general era de 455 para toda Andalucía, poco más de 100 enfermeros y desde luego, donde se hacía la mayor inversión era en personal auxiliar (336), directivos (310), trabajadores sociales (336), administrativos (734) y 734 de personal subalterno (Consejería de Salud y Consumo. 1990:173-176)

⁵⁸ He utilizado para confeccionar este discurso, la prolífica literatura procedente una controvertida figura, Juan Gervás, un médico general que se confiesa de ideología progresista, cuyo discurso curiosamente se superpone frecuentemente con el del médico tradicional, lo que en mi opinión refleja hasta qué punto el corporativismo médico puede diluir posiciones ideológicas enfrentadas. De todos modos, esta lectura simplifica en exceso la disidencia de este complejo personaje, al que entrevisté en el 2002, y sobre el que volveremos en el último capítulo, por representar una voz autorizada del colectivo de médicos generales.

política, que sembró España de centros de salud sin tolerar la menor disidencia (Gervás y Pérez Fernández; Gervás y Pérez Fernández, 1996; Gervás, 1989a); Gervás, 1996a); Gervás, 1997) haciendo creer a los profesionales que esta era la única reforma posible. El cambio de modelo se hizo mediante decreto y sin valorar suficientemente otras opciones eficientes, siguiendo una filosofía rígida, mezcla de apostolado, mística e ignorancia, basada en la creencia no contrastada ni concretada de: la bondad del trabajo en equipo; la omnipotencia de la educación para la salud; las posibilidades ilimitadas de la prevención; la necesidad imperiosa de participación comunitaria; y la infalibilidad de los acuerdos de Alma-Ata (Gervás y Pérez Fernández; Gervás, 1989a).

La ideologización de la reforma entorpeció la confianza en el curso de la misma y alimentó los argumentos en contra, radicalizando las posturas. Los propios artífices de la reforma percibieron esta desconfianza desde expresiones como “sendero luminoso” o “cubanos” que se utilizaron en aquellos tiempos (Ortega y Lamata, 1998:510). El componente ideológico de la reforma nunca fue negado por los propios defensores de la reforma (Palomino y Frías, 1992), pero también es cierto que éste fue hipertrofiado por el sector médico tradicional, que percibió a los defensores del nuevo modelo a la izquierda del espectro político. Por otro lado, como plantea Rodríguez Ocaña, ¿no es acaso una falacia creer en el vacío ideológico de las políticas sanitarias? (Rodríguez Ocaña, 2001c). No puede convertirse en una acusación lo que se trata de un hecho aceptado, a saber: que las decisiones sanitarias son siempre asuntos políticos, con significados políticos, en el sentido de que deben ser acordados en función de los sentimientos y valores de la gente. Los grandes ensayos en salud pública se han decidido así y no hay ensayos controlados de las reformas. Hay desde luego, argumentos, análisis.. pero en el fondo son procesos políticos más que experimentos científicos (McWhinney, 1975)⁵⁹. De hecho, los primeros estudios de evaluación internacionales sobre los resultados en salud del nuevo modelo de Atención Primaria aparecieron en los últimos años de los ochenta, una década después de haberse implantado (Starfield , Shi, Mackinko, 2005).

⁵⁹ Sobre el carácter político de la salud pública ver también Martínez Navarro, (2000). Quiero llamar la atención sobre las acusaciones similares que se vertían sobre los médicos de familia norteamericanos,

A finales de la década de lo ochenta apareció otro discurso, el de la gestión, que como reacción al periodo anterior, pretendía superar las debilidades de lo ideológico, apoyando las decisiones en la neutralidad y el pragmatismo de los resultados de las evaluaciones (Aranda, 1994; Borrell, 1996). Este fue el espíritu que impregnó la Comisión Abril en 1990, que adoptó la tendencia internacional economicista, empresarial y tecnocrática del debate británico de *Working for patients* (1989) y otros documentos de similares características que se sucedieron en Suecia, Holanda, e Italia (Aranda, 1994; Costas, 1998). El informe Abril fue un encargo del parlamento con mayoría absoluta del PSOE, a propuesta de un médico diputado de la UCD, a un ex ministro de la UCD, Fernando Abril Martorell⁶⁰, para evaluar la reforma sanitaria. La Comisión creó nueve subcomisiones, solicitó la opinión de 101 entidades y organismos públicos y privados, mantuvo contactos con todos los consejeros de salud de las CC.AA., y solicitó la valoración de asesores nacionales y extranjeros, como la del profesor Blendon de la Universidad de Harvard, que llevó la famosa encuesta de satisfacción a los ciudadanos, sobre el Sistema Nacional de Salud. El informe Abril (publicado en 1991) reconocía ciertos progresos de la reforma, pero criticaba la ineficiencia del sistema, su rigidez burocrática, la insatisfacción del usuario, y profesional, la politización y descentralización, entre otras. La Comisión desoyó los consejos de la subcomisión de Atención Primaria, y emitió juicios de valor sin mucho rigor (García Encabo y Alonso, 1993), aconsejando la desaparición del modelo de los Centros de Salud, por su costo y la carencia de evaluación del modelo (Aranda Regules, 1994). Sus 64 recomendaciones, fueron ignoradas por el gobierno socialista por la gran alarma social que produjeron algunas de ellas (copago...) (Sánchez Bayle, 1998)⁶¹, pero dejaron una impronta en la ideología y la práctica profesional (Costas, 1998), que sirve para poner límite a nuestro convulso periodo de investigación.

⁶⁰ Fernando Abril Martorell, 1936-1998, vicepresidente y Ministro de Economía con Adolfo Suárez.

⁶¹ Para Aranda (1994), uno de los grandes errores de la Comisión Abril fue creerse que se podía hablar de salud sin entrar en el mundo de los valores, en definitiva, sin contar con las preferencias sociales “irracionales” que se plasman normalmente en las propuestas políticas. La Comisión (y toda la corriente economicista- empresarial) se presenta a sí misma como técnica, apolítica y desprovista, ignorando que la salud tiene una naturaleza inevitablemente política.

4.4. Relaciones entre Estado y profesión médica

La profesión médica sufrió durante la década de los ochenta una serie de transformaciones que afectaron profundamente a sus parámetros más tradicionales. La asalarización, los cambios demográficos, la crisis económica, la ausencia de canales representativos, el cambio en el patrón de morbilidad y procesos sociales y culturales en la población, redujeron el poder negociador de los médicos. Esta pérdida se tradujo en un enturbiamiento de la relación de los médicos con el Estado en esta década. Algunos de estos fenómenos, como la asalarización, no son propios de este periodo, pero sí la pérdida de las compensaciones que los profesionales recibían a cambio. La percepción de estos factores por buena parte de los médicos como generadores de una crisis profesional, fue fielmente reflejada en la prensa médica de estos años. La apertura democrática permitió, por otra parte, la expresión del descontento profesional. La crisis profesional marcó las tensas relaciones existentes entre el Estado y la profesión e impregnó intensamente los debates que centraron esta relación: el modelo de organización sanitaria y la capacidad de representación y de negociación de la profesión (Rodríguez, de Miguel, 1989; Rodríguez, 1992).

La pérdida de apoyo estatal, y el talante poco dialogante de los gobiernos con los profesionales, contribuyeron a que el Estado se convirtiera para gran parte de los médicos en el principal enemigo que aglutinaba todos los factores responsables de su crisis, lo que convirtió cualquier medida en una sistemática oposición. La reforma sanitaria, la ley de incompatibilidades, el estatuto marco, el debate de la sanidad pública-privada que despertó la Ley General de Sanidad, el papel de los colegios y las movilizaciones de 1987, reflejaron esas tensiones. Los conflictos y luchas de poder en el mundo sanitario reflejan los cambios en las estructuras de intereses y de protagonistas generales por el nuevo proyecto de supervivencia profesional y todo ello dentro del marco de referencia de la transformación del Estado de bienestar y la crisis de legitimidad del modelo sanitario (Rodríguez, de Miguel, 1989).

La necesidad de contextualizar la violencia profesional en la que nació la especialidad de Medicina de Familia justifican este apartado. Desde esta conflictividad podremos comprender mejor las difíciles relaciones entre la nueva especialidad y el resto de la profesión, que la identificó siempre con la autoridad estatal.

4.4.1. El cambio de cultura en la población

La introducción del SOE produjo un cambio en la actitud del enfermo, al no percibir éste la voluntad y arbitrariedad del acto médico (Laín Entralgo, 1984), e incluso entenderlo como gratuito (Acarín, Espasa, Pardell et al. 1976)⁶² y rompió “la confianza en una conciencia, pasando a ser una exigencia que encuentra una desconfianza” (Acarín, Espasa, Pardell et al. 1976). Como el sistema educativo, el sistema sanitario escapó a las leyes del mercado y pasó a concebirse como un derecho básico del Estado de bienestar (Elola, 1991).

A la exigencia de la salud como derecho básico, se sumó el aumento de las demandas de la población, explicado no tanto por el envejecimiento de la población, sino por el propio malestar de los ciudadanos con su salud y la desconfianza en el sistema⁶³. La comercialización de la salud y la creciente preocupación por el cuerpo de las sociedades desarrolladas contribuye a esta tendencia, a lo que se puede añadir la profesionalización de la promoción al convertir la salud en una enfermedad. La medicalización de la vida cotidiana aumenta el número de expectativas, disminuyendo el umbral de percepción de la enfermedad (Serigó, 1979). La falta de participación de los ciudadanos en la gestión de los servicios de salud, conduce a una desresponsabilización y a actitudes reivindicativas y litigantes (Elola Somoza, 1991).

La sociología de la medicina que adquirió un importante auge en los años 70, alimentó las críticas culturales sobre las consecuencias negativas de la medicalización de nuestra sociedad, y la utilización de la sanidad como medio de control social (FOESSA, 1983; González, 1985). Textos como “Némesis médica”, del mexicano Ivan Illich, fueron muy divulgados en la sociedad española. La tesis de Illich partía del industrialismo, que veía en la tecnología una categoría de análisis social, generadora de burocracias profesionales de cuyo poder debía emanciparse el individuo. La medicalización de la sociedad ilustraba esta dependencia, frente a la cual Illich recomendaba potenciar la autonomía del individuo, devolviéndole la responsabilidad sobre su propia salud. Esta fue la expresión más popularizada del pensamiento de

⁶² Muchos autores coinciden en señalar que la toma de conciencia popular de la salud como un derecho elemental y una obligación del Estado cambiaron considerablemente la relación médico paciente y el ejercicio de la profesión (Acarín, Espasa, Vergés et al. 1976; Bravo, De Miguel, Polo et al. 1979; Drane, 1988)

⁶³ El aumento de demandas de la población es considerado por Elola un síntoma y no causa de la crisis de los sistemas sanitarios (Elola, 1991)

Illich. Pero desde una perspectiva marxista fue muy criticado por defender el individualismo capitalista (Navarro, 1978), y de hecho, las críticas de Illich fueron aprovechadas años más tarde por regímenes conservadores para justificar la disminución de la intervención estatal en materia de salud.

El cambio de patrón de morbilidad, con un desplazamiento de ésta hacia las enfermedades crónicas, lesionó la confianza en la utilidad terapéutica de la medicina y trasladó el interés hacia la prevención de riesgos y el cuidado (Serigó, 1979). La eficacia de la asistencia curativa fue cuestionada desde los estudios de medicina social de Lalonde, McKeown o Terris, que constataron que el modo de vida influía más en la salud de la población que el consumo médico (Serigó, 1979). Esta conciencia estimuló el control económico de las decisiones médicas (Acarín, Espasa. Pardell et al., 1976; Gol, Jaen, Marcos et al., 1980), al cuestionar sus procedimientos (López Fernández, Aranda Regules, 1990). Ello introdujo una crisis de racionalidad en los sistemas sanitarios occidentales que debía ser corregida mediante el control y evaluación de la tecnología. La formación de los médicos está orientada a la libre utilización de tecnologías, de ahí la resistencia de la profesión a estos cambios (Elola Somoza; Acarín, Espasa. Pardell et al. 1976; Serigó, 1979; Ortún y Segura, 1983; Mansilla, 1986a). En la encuesta de 1979 se mostraba un hospitalocentrismo generalizado entre los médicos españoles, del que podemos inferir su apego a la tecnología y su refractariedad a aceptar modelos menos técnicos como la Atención Primaria (Martín López, 1979).

La nueva concepción global de la salud exigía una respuesta organizativa más integral que superase la dicotomía entre actividades preventivas y curativas y abordara la dimensión social de la enfermedad (Acarín, Espasa. Pardell et al. 1976; FOESSA, 1983⁶⁴). Para superar el discurso hegemónico de los médicos expertos en la enfermedad individual y su tratamiento era necesaria una competencia interdisciplinaria, y política⁶⁵, que expropiaba a los médicos de su monopolio sobre la

⁶⁴ En este informe se define la salud como un estado biológico y psíquico, que se concreta en la plenitud de energías y capacidades psicofísicas que hace a los hombres aptos para enfrentarse a las más diversas peripecias de la vida: el trabajo, el estudio, el ocio y el amor, el cuidado de la familia y la conquista de la naturaleza. Definiciones parecidas pueden verse en el Congreso de Médicos y Biólogos y Jornadas del Cuerpo Nacional de Sanidad.

⁶⁵ Ambito de Estructura sanitaria del Congreso de Cultura Catalana (en Artigas, Martí, Pardell, 1979).

salud (Gol , Jaen, Marcos et al. 1980). La profesión médica tuvo que redefinir su hegemonía, al compartir con otros profesionales los terrenos fronterizos con la ausencia de enfermedad (FOESSA, 1983). El monopolio de la curación está claramente en manos de los médicos, pero no el de la prevención (Rodríguez y de Miguel, 1990). En esta premisa descansaba la resistencia a priorizar la medicina preventiva sobre la asistencial⁶⁶. Se imponía el trabajo en equipos multidisciplinarios, lo que exigía una revisión de los principios tradicionales sobre los que se sustentaba la profesión (Conde, 1978). El espíritu corporativo de la profesión también afectaba a su conciencia de exclusividad sobre lo sanitario, como quedaba demostrado en las encuestas (González, 1979). Muchos médicos empeñados en mantener una anacrónica relación de poder en lo sanitario, vivieron la pérdida de liderazgo como una crisis que atacaba profundamente los intereses de la medicina.

4.4.2. La consolidación del modelo de ejercicio asalariado. La crisis económica

La creación del SOE en 1942 marcó el inicio inmediato de la construcción del modelo sanitario actual, si bien la creación del INP, dependiente del Ministerio de Trabajo, en 1908, puede entenderse como el punto de partida de la Seguridad Social española (Acarín, Espasa, Pardell et al. 1976)⁶⁷. El desarrollo de los seguros fue extremadamente lento, en parte por la oposición de los Colegios de Médicos⁶⁸. Esta oposición no fue sin embargo homogénea, pues precisamente en 1932 el Sindicato de Médicos de Cataluña propuso un plan para instaurar un seguro obligatorio de enfermedad. El SOE de la dictadura adoptó un modelo de protección a la salud que cubría al sector más productivo de la población, los trabajadores industriales (Bravo., De Miguel, Polo et al. 1979), para progresivamente ampliarse a los manuales y la clase media. El sistema público de salud creció lentamente a expensas de las administraciones locales para ofrecer asistencia médica aproximadamente a la mitad

⁶⁶ “Se comenta desfavorablemente la importancia que se le da a la medicina preventiva cuando aún no esta resuelta la asistencial”: valoración de observadores colegiales sobre los debates de las Jornadas Nacionales de debate sobre Sanidad Pública. *Tribuna Médica* 23/12/1983, nº1017 p. 17

⁶⁷ Para una lectura más detallada sobre el nacimiento de la seguridad social, véase el capítulo que Soler Sabarís dedica a este tema en el mismo libro.

⁶⁸ Sobre el rechazo de los médicos generales británicos a la instauración de National Health Insurance en 1911, me remito al capítulo 3. También puede consultarse el artículo de Lewis and Brookes, 1983; Loudon, (1984), asegura, no obstante que su efecto fue beneficioso porque garantizó la supervivencia económica.

de la población. Para ello, empleó a una gran parte de la profesión médica que ya no presentó resistencia al control estatal por la consolidación que esta alta demanda suponía para los intereses profesionales (Rodríguez, de Miguel, 1989; Rodríguez, 1992). La proliferación indiscriminada de instituciones provocada por el crecimiento desordenado del SOE protegió siempre a la profesión médica y permitió la acumulación de puestos de trabajo (Bravo, De Miguel, Polo et al. 1979).

La primera reforma del sistema con la Ley de Bases de la Seguridad Social en 1963 supuso un punto de inflexión en su crecimiento. Hasta entonces, la estructura sanitaria se había basado fundamentalmente en los ambulatorios, pero a partir de 1967, que fue el momento real de aplicación de la ley⁶⁹, la población protegida pasó del 56% al 80%. Esta expansión favoreció la creación vertiginosa de nuevos hospitales entre 1971 a 1976. En 1971 España contaba con una tasa de las más bajas de médicos en relación con los afiliados, por lo que de 1972 a 1976 la Seguridad Social contrató un gran número de médicos, principalmente para el medio hospitalario, especialistas y becarios, mientras que el sistema ambulatorio se deterioró progresivamente (Bravo, De Miguel, Polo et al. 1979). El porcentaje de médicos trabajando para la Seguridad Social pasó del 68% en 1963 al 84% en 1975. Las expectativas creadas por la enorme expansión de la profesión fueron tantas que en 1975 el número de estudiantes de medicina era más alto que el de médicos. En este periodo la participación de los profesionales en el proceso fue importante, aunque informal, alimentando la hegemonía de un sistema sanitario público. Un sistema orientado exclusivamente a las prácticas curativas, monopolio de la profesión y el gasto farmacéutico. Esta alianza Estado- profesión fue posible gracias a la autonomía que el Estado otorgaba a la profesión para organizarse, que aunque de naturaleza pública mantenía una imagen de una práctica liberal (varios trabajos en distintas instituciones y un estatus más parecido al de un consultante que al de empleado, especialmente en la atención primaria). A cambio del monopolio de lo sanitario, el Estado incorporó a la profesión médica, a través de su organización colegial, a su política, asegurándose así su complicidad. El control estatal sobre el mercado sanitario transformaba progresivamente en asalariado y funcionarizado el ejercicio de una profesión con marcada tradición liberal, lo que

⁶⁹ El objetivo de la ley era cambiar la estructura de “seguros sociales no coordinados e incompletos en una estructura sistemática de seguros sociales”, pero la coordinación no sólo no se logró sino que la dispersión aumentó. En 1964 en Madrid, se crea el hospital “Residencia de la Paz”, símbolo del nuevo modelo sanitario de la Seguridad Social. (Bravo, De Miguel, Polo et al. 1979: 53)

generaba problemas de identidad entre los médicos (Rodríguez, 1981; Rodríguez y de Miguel, 1990).

El autoritarismo del régimen político gobernante no dejaba espacio para la disidencia. El papel uniformador que el franquismo concedió a la estructura médica colegial contribuyó sin duda a la neutralización política de la profesión. Pero la adherencia de la misma al Estado estuvo asegurada por los beneficios que obtenía del crecimiento del sistema sanitario público. Por tanto, la asalarización no fue un fenómeno contemporáneo a la gestión socialista, como pretendían convencer los representantes colegiales en la década de 1980. El sistema sanitario público se fortaleció precisamente en el régimen anterior y en su expansión incorporó a una gran parte de los médicos a sus filas. Fue precisamente con el franquismo cuando la profesión médica comenzó a perder su autonomía, tendencia que se agudizó en la década de los ochenta con los intentos de reforma y racionalización del partido socialista en el poder (Elola, 1991; Rodríguez, de Miguel, 1989).

Con la crisis económica de los años 70, las compensaciones que la profesión recibía del Estado por su dependencia empezaron a fallar. Se pasó de una situación de alta demanda a otra de baja demanda. Ello coincidía con una plétora profesional, producida en parte por las grandes expectativas creadas por la situación previa, que el Estado ya no podía absorber. Si a esto se le suma que el intento de democratización en la esfera sanitaria sustrajo la última prebenda que la profesión obtenía a cambio de su apoyo, y su dependencia, se hace comprensible la violencia con la que la profesión médica reaccionó ante su pérdida de autonomía. Por decirlo de otra manera, la autonomía de la profesión ya no estaba en venta, al no obtener a cambio las compensaciones que se obtenían anteriormente, esto es, el monopolio de poder sobre los sanitarios, la demanda ilimitada de profesionales (Rodríguez, 1992) y los beneficios derivados de la falta de control de la Seguridad Social, con horarios de trabajo reducidos, y en su mayoría incumplidos, que facilitaban el pluriempleo e ignoraba el aprovechamiento de recursos públicos para fines particulares (Bravo, De Miguel, Polo et al. 1979). El control sobre los profesionales sanitarios y las instituciones públicas, era prioritario en cualquier reforma del sistema sanitario (Ortún y Segura, 1983). Durante los primeros años de gobierno socialista las medidas se destinaron más bien a mejorar el control horario (circular 1/82 de 9/12 de la

Subsecretaría de Sanidad y Consumo) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986). Esta medida fue muy contestada por la OMC y en muchos casos no pudo ponerse en marcha por la propia falta de infraestructura de los centros (Elola, 1991). Con la reforma emprendida a partir del Real Decreto de Estructuras Básicas, el control horario en atención primaria se generalizó progresivamente, ampliando la jornada de trabajo de 2'5 h a 7 horas al día.

La definición de un modelo de organización sanitaria que limitaba la actividad profesional a un mercado de control público, lesionaba su poder sobre la organización de su trabajo y la demanda de sus servicios. La diversificación del producto sanitario había transformado las estructuras sanitarias en complicadas empresas cuya gestión al no hacerse ya bajo criterios exclusivamente médicos, no debía hacerse por los médicos (Drane, 1988; Rodríguez, 1992). Los sectores más reaccionarios sintieron que la introducción de criterios de "racionalización , organización y gestión" amenazaba su autonomía profesional y así lo expresaron insistentemente en la prensa médica: "La inmersión de la figura del médico dentro de los trabajadores sanitarios y controlados por el usuario solo puede conducir a deteriorar la calidad de la medicina"⁷⁰. En la encuesta de 1979, se confirmaba un fuerte espíritu corporativo de los médicos. Independientemente de su ideología, coincidían en que la actividad de los médicos sólo podía ser controlada por los médicos (González, 1979). Una gran parte de la tensión en los hospitales durante la primavera de 1987 emanó de la lucha sobre los criterios de dominación en la organización sanitaria.

La asalarización de los profesionales médicos suponía un estatus de empleado, en el que su trabajo se integraba en el de la organización sanitaria que lo contrataba, junto con el de los demás empleados, frente a los que estaba en franca minoría. Sus servicios ya no se vendían directamente al paciente, como ocurría en el ejercicio liberal de la profesión, sino a la organización sanitaria que a su vez los ofrece a la población, no como un servicio médico exclusivamente sino como un servicio sanitario. En un principio la pérdida de autonomía era más conceptual que real. Esta situación encontraba su más ilustrador ejemplo en la práctica extrahospitalaria, que se sustentaba predominantemente en servicios curativos, y en consecuencia, se le

⁷⁰ Valoración de representantes colegiales sobre las Jornadas Nacionales de debate sobre la Sanidad Pública de 1983. Tribuna Médica 23/12/1983, nº1017 p. 17.

concedía al médico la potestad de que estos se organizaran a su libre albedrío. La reforma de la atención primaria reforzó el papel de la gestión en respuesta a la falta de control del sistema. La burocratización que derivó de esta estrategia fue criticada por posiciones opuestas a la reforma (Gervás y Pérez Fernández; Gervás y Pérez Fernández, 1996; Gervás, 1996a); Ortún y Gervás, 1996), pero también revisada por los más afines al cabo de unos años (Borrell, 1994). Lo cierto es, que con sus inconvenientes (distorsionaba la implicación de los médicos en el funcionamiento del sistema, entre otros), sirvió para ordenar la caótica situación previa.

La aplicación de criterios burocráticos por la Administración del Estado tendente a la racionalización del trabajo tuvo su máximo exponente con la Ley de Incompatibilidades (1985). La Ley de Incompatibilidades fue una de las más duras confrontaciones entre el Estado y la profesión. Significaba la pérdida de privilegios pasados, pero fundamentalmente de control sobre su actividad profesional. Este descontento no se generalizó a toda la profesión médica, como parece desprenderse de la amplitud con que fue tratado este asunto en la prensa⁷¹, pues ni hubo acciones concretas de protesta, ni apenas seguimiento de la llamada de la OMC a no cumplimentar debidamente los formularios⁷². La realidad del creciente grupo de médicos jóvenes con dificultades para trabajar hizo impopular el enfrentamiento a la ley y una gran mayoría declaraba estar a favor de impedir el pluriempleo sanitario en centros públicos (Martín López, 1979; González, 1979). Se hace aquí claro como el exceso de profesionales disminuye el poder negociador de la profesión. Por otra parte, aunque a finales de la década de los 70 el índice de pluriempleo era muy alto entre los médicos (197 puestos de trabajo cada 100 médicos), fundamentalmente entre los extrahospitalarios, que casi en su totalidad mantenían actividad privada, en el momento de aplicación de la ley los afectados no alcanzaban al 20% (Rey, 1998). Estas cifras no coinciden sin embargo con las ofrecidas por otras fuentes, donde se dice que el 50% de los médicos en ejercicio acumulaban al menos dos puestos de

⁷¹ Jano 20-26/3/81 n°463 pp.9 y 10; Tribuna Médica 7/1/83 n°972. Tribuna Médica 15/4/83 n°986 p.1; Tribuna Médica 25/2/83 n°979 p.33; Tribuna Médica 18/3/83 n°982 p.31; Tribuna Médica 22/7/83 n°1001 p.12; Tribuna Médica 23/3/84 n°1030 p.27; Tribuna Médica 18/10/85 n°1094 p.8; Tribuna Médica 13-20/12/85 p.9; Jano 13-24/1/85 n°643 p.24; Tribuna Médica 1-15/9/86 p.7; Tribuna Médica 21-27/10/88 p.1; Salud 2000 n°2 1985. Tribuna Médica 9/7/82. Tribuna Médica 25/2/83 n°979 pag.20.

⁷² Salud 2000 n°11 pp.10-13.

trabajo en 1987 con un paro que alcanzaba al 20% de la población médica (Rodríguez, de Miguel, 1989:93).

El debate de la asalarización se encuentra en la Ley General de Sanidad, la Ley de Incompatibilidades y otros decretos (jerarquización, jornadas completas...), pero muy específicamente en el Estatuto Marco (Rodríguez, 1992). El desarrollo del estatuto marco que regulaba la relación contractual entre la profesión y el INSALUD, levantó la oposición de la profesión médica a su consideración de empleados⁷³.

La filosofía de racionalización económica añadió un elemento más de presión sobre la independencia profesional. El aspecto financiero era uno de los tres que conformaban, según Elola (1991), la crisis de los sistemas sanitarios occidentales. Los gastos sanitarios crecían sin medida, fundamentalmente debido a la extensión de los servicios sanitarios y la incorporación de nuevas tecnologías, con una mayor oferta de recursos. La mencionada pérdida de credibilidad en los procedimientos médicos, convirtió la sanidad en un problema de interés social, que debía analizarse desde un punto de vista económico y político. Una gran mayoría de la población sentía que los recursos estaban mal utilizados, se invertían mal o se desaprovechaban (Acarín, Espasa, Pardell H. et al., 1976:147. Artigas, Martí, Pardell, 1979:95)⁷⁴. Al margen de los recortes presupuestarios, el clima intelectual y político inducidos por la preocupación creciente por el gasto sanitario contribuyó a crear una imagen impopular del médico al que se le atribuían globalmente los defectos del sistema sanitario y el aumento creciente e insoportable de los costes⁷⁵. Los médicos culpaban del gasto farmacéutico al despilfarro por complacencia a las demandas de los pacientes con baja cultura sanitaria y defendían el pago por acto médico para resolver el problema (Martín López, 1979) y liberarse de las críticas sociales.

⁷³ Tribuna Médica 5/2/82 n°931 p.24. Tribuna Médica 4/6/82 n°948 Tribuna Médica 2/7/82 n°952 Tribuna Médica 10/6/83 n°994 p.14 Tribuna Médica 17-23/10/86 p.5 Salud 2000 n°9 1987 pp. 22-25; Salud 2000 n°12 p.11.

⁷⁴ . Sin embargo, llama la atención el escaso interés de la opinión pública española en los temas presupuestarios. En una encuesta realizada por el Instituto de Estudios Fiscales se mostraba que sólo el 20 % de los entrevistados pensaba que la participación de los ciudadanos debía implicar el control financiero. Aun así, en general la censura a los gastos de la Seguridad Social estaba muy extendida en los medios de comunicación y se recomendaba atención por parte de las políticas sanitarias. (FOESSA 1975).

⁷⁵ Jornadas de salud del PCE. Tribuna Médica 28/10/83 n°1009 p.12

La crisis económica modificó los patrones de trabajo. El ahorro se convirtió en un criterio de calidad del bienhacer médico: "la medicina bien hecha ahorra dinero; para ello es necesario que los profesionales participen de ese proyecto"⁷⁶. Como veremos en otro capítulo, la rentabilidad económica se convirtió en uno de los instrumentos más utilizados por los médicos de familia para legitimar su especialidad.

La política macrosanitaria debía crear una cultura en la que el médico, como asignador de recursos, interiorizara su responsabilidad en la eficiencia de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas que determinara (Ortún, 1987), pero ello se oponía a la ética individual de la medicina en el que el médico tiende a pensar que todo aquello que está indicado debe hacerse (Elola, 1991). Los médicos tienen un sistema de valores que les hace responsable ante sus colegas y pacientes, pero no ante sus gestores, a los que no reconocen como jefes (Aranda Regules, 1994). La presión del gasto amenazaba a la propia autonomía técnica que es la parcela de poder más sagrada de una profesión (Friedson, 1970). Los médicos percibieron esta agresión muy negativamente y reaccionaron con violencia hacia esa incursión en su monopolio: "la política no puede expropiar el papel técnico del médico"⁷⁷. Se insistía en la libertad de prescripción del médico y de actuación "de acuerdo con su conciencia y en el mejor interés del paciente"⁷⁸. En la práctica esta estrategia fue una de las más empleadas para mantener su independencia profesional más allá de lo estrictamente técnico. Lo clínico se utilizaba como plataforma para ampliar sus posibilidades de maniobra y se magnificaba frecuentemente en el discurso médico.

4.4.3. El debate sobre la representación de los médicos

El autoritarismo de la dictadura coartó el desarrollo político de la profesión. El franquismo significó el fin de las experiencias de asociacionismo profesional. En 1945, el Consejo General de Colegios Médicos fue transformado en la herramienta básica para el control político de los médicos, de históricas relaciones con la clases altas. El control sobre la profesión se obtuvo a través de la afiliación obligatoria a las asociaciones provinciales, que quedaban diluidas en la estructura centralizada de la

⁷⁶ Declaraciones de Pedro Sabando, subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo. *Tribuna Médica* 16/3/84 n°1029 p.4.

⁷⁷ La libre circulación de médicos en los países de la CEE. *Tribuna Médica* 4/5/84 n°1035 p.10.

⁷⁸ *Tribuna Médica* 15/10/82 n°961 p.8.

OMC. La OMC asumió la representación de toda la profesión, y a cambio de su dependencia política, obtuvieron un gran poder político. Aunque la configuración de la OMC parecía tener rasgos corporativistas, llegó a ser un instrumento del Estado para asegurarse la participación masiva en el SOE, y con ello controlar el mercado sanitario y la práctica profesional, con la asalarización de la misma (Rodríguez, de Miguel, 1990). Su poder fue tal que incluso se les concedía la capacidad de negociar los salarios de otros colectivos sanitarios (Jurado, 1993) y seleccionar profesionales para la Seguridad Social (Elola, 1991). La rigidez del régimen no dejó espacio para la disidencia, pero la adherencia de la profesión fue posible, como se insistía anteriormente, por los beneficios que la profesión obtuvo del sistema. A pesar de ello, en los últimos años del régimen de Franco se articularon intereses diferentes mediante asociaciones alternativas progresistas que usaban las elecciones colegiales como plataforma para reformas sanitarias, como en el caso de Cataluña (Rodríguez, 1992) o Vizcaya.

La apertura democrática permitió la manifestación del descontento profesional y la ruptura de la alianza existente. La asociación médica intentó conservar la representación política que había mantenido durante el franquismo. Pero su marcado autoritarismo, que se manifestaba en "la coacción, persecución y sanción de los profesionales que mostraban públicamente su desacuerdo"⁷⁹, no se adecuaba a las necesidades de democratización del sistema sanitario. La rigidez organizativa y su carácter obligatorio condujeron a una progresiva devaluación representativa. Su postura política (identificada con la línea más conservadora de la profesión) era cuestionada por posiciones progresistas⁸⁰ y por más de la mitad de los médicos. Su falta de representatividad fue objeto de debate constante en la prensa médica y refleja la renovación ideológica y política que supuso la incorporación de una considerable cohorte de médicos jóvenes que no se sentían representados por la estructura colegial. Los colegios insistían en la uniformidad del colectivo para encabezar las negociaciones

⁷⁹ ¿Quién representa la organización médica colegial? Salud 2000 nº11 pp. 5-6. Entrevista a médicos que se negaron a pagar las tasas colegiales por estar en contra de la colegiación obligatoria. Libertad de colegiación. Salud 2000 nº13 p.3. Estos médicos rebeldes obtuvieron 9000 firmas de apoyo de médicos de toda España.

⁸⁰ Acarín, Espasa, Vergés et al. 1976. Libertad de colegiación.....La FADSP denunciaba la politización de la representación colegial. Los sectores más progresistas luchaban por la desaparición de la colegiación obligatoria. Jornadas de Sanidad Pública Tribuna Médica 10/12/82 nº969 pp.9-10.

con el gobierno en las decisiones sobre la organización del nuevo modelo⁸¹. Pero la uniformidad no existía ya en el colectivo médico. Algunos fenómenos demográficos contribuyeron a una diversificación del colectivo, favoreciendo la emergencia de intereses y posiciones divergentes de las convencionales. La masificación de la enseñanza de la medicina favoreció la renovación de la profesión con profesionales jóvenes, que se desvincularon de la hegemonía del discurso médico tradicional. La OMC sólo representaba a un sector de la profesión reaccionario que buscaba fundamentalmente mantener su estatus y privilegios económicos y sociales⁸². La heterogeneidad de la profesión médica era un hecho incuestionable que deslegitimaba a los colegios para abanderar una posición uniforme de los médicos y los expropiaba de su capacidad negociadora. Pese a la pérdida de representatividad de los colegios, ya hemos visto cómo el espíritu corporativo de la profesión pesaba más que la ideología (González, 1979; Martín López, 1979; IESS, 1979). A medida, no obstante que la democracia fue consolidándose en nuestro país, aumentó la tendencia a la politización de la profesión médica española, que en la encuesta del CIS de 1983 mostraba una clara orientación a la izquierda del espectro político (el 45% de los profesionales), lo que se tradujo en un claro apoyo al PSOE en las legislativas de 1982. La orientación más social y humanitaria, hacia la colectividad, y la posición hacia la izquierda política está ligada a la pérdida de privilegios sociales (Rodríguez, 1987: 91)⁸³.

La asalarización de la profesión y la pérdida de legitimidad de los colegios favoreció la articulación de intereses sindicales (en contraste con los profesionales) en varios sindicatos, que pronto se condensaron en uno fuerte y dominante, la CESM (Confederación Estatal de Sindicatos Médicos) (Rodríguez, 1992)⁸⁴. La FESIME (Federación Estatal de Sindicatos Médicos) que representaba posiciones aún más conservadoras que las del CESM tuvo un apoyo mucho menor. Los sindicatos obreros como la UGT y CCOO sólo atrajeron un segmento marginal de la profesión, a pesar de que fue la única vía de representación que el gobierno socialista aceptó. Ello indica que

⁸¹ Tribuna Médica 30/4/82 p.35. Declaraciones del presidente del Colegio de Médicos de Guadalajara, cuando fue elegido en 1982, en las que hace un llamamiento a la hermandad de los médicos y al deseo de los colegios de colaborar con la Administración.

⁸² Entrevista al presidente de la FADSP. Salud 2000 n°17 pp.4-10.

⁸³ Según los datos de este autor, un 28% votó al PSOE, un 25% a centro derecha y sólo el 18% a la derecha.

⁸⁴ La CESM representaba una gran parte de la profesión, fundamentalmente sectores no hospitalarios. En 1983 contaba con el 56% de los afiliados.

a pesar de la creciente asalarización, una gran parte de la profesión médica continuaba apoyando su naturaleza liberal. Pese a que la CESM coincidía con la OMC en su visión de la profesión como profesión liberal, ambas organizaciones pugnaron por conseguir mayor poder en el proceso político. Considerando la falta de tradición, es importante destacar el alto nivel de afiliación sindical entre los médicos, que en 1983 alcanzó el 20%.

En 1983 se creó la FADSP (la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Salud Pública), una asociación profesional a la izquierda del espectro político, que atrajo los intereses de los sectores más progresistas e insatisfechos (jóvenes, desempleados, asalariados) contra el funcionamiento del sistema sanitario y la posición política de la OMC. Su proyecto de Servicio Nacional de Salud sintonizó con el inicial del partido socialista y el PCE, lo que desembocó en una alianza con el primero cuando llegó a gobernar (Marset, 1990). Como alternativa política de izquierdas (aunque no alcanzó los niveles de afiliación de las organizaciones conservadoras) representó los intereses de casi una tercera parte de la profesión y era apoyada fundamentalmente por profesionales jóvenes, procedentes de la Medicina General y Ginecología (Rodríguez, 1992)⁸⁵. La Mesa por un Sistema Nacional de Salud completaba las inquietudes progresistas de la profesión aunque su representación fue más marginal. La diferenciación política e ideológica de estas posiciones implicaba un debate en el modelo de organización sanitaria y la práctica profesional.

La profesión médica española estaba ideológica y políticamente dividida en categorías de edad y práctica profesional: la cohorte de médicos que entraron en el mercado laboral antes de la recesión del sistema sanitario en 1975, de unos cuarenta años, tenían asegurada una buena posición en el sistema. Combinaban las ventajas de un trabajo seguro (no muy exigente) en el sector público con una práctica privada importante, alcanzando un alto nivel de ingresos. Sus intereses y posiciones políticas eran los tradicionalmente dominantes dentro de la profesión y estaban representados por la OMC y la CESM. Las nuevas generaciones de médicos (muy importantes cuantitativamente por la gran producción de médicos en la década de los 70) sufrieron muchas más dificultades para establecerse dentro del sistema y se vieron forzados a una progresiva proletarización. Articulaban sus intereses a través de organizaciones

⁸⁵ La FADSP contaba con el 13,5% de los afiliados (Rodríguez, 1987).

sindicales centradas en el clásico conflicto empresario trabajador y apostaban por la labor reformista del gobierno socialista (Rodríguez, 1987; Rodríguez, 1992). El hecho de que se formaran durante los últimos años del régimen de Franco y los primeros años de la democracia en proyectos sociales radicales y que tuvieran serias dificultades para conseguir posiciones económicas y profesionalmente gratificantes, explica la radicalización de sus posiciones políticas y su afinidad para la FADSP y los sindicatos tradicionales de clase. Pese al ya mencionado alto grado de corporativismo e identidad colectiva, en la década de 1980 el discurso profesional progresivamente fue polarizándose entre un extremo conservador y progresista (Aranda Regules, 1994; Rodríguez, 1987). Esta tipología coincidía con las que se desprendía de la encuesta de 1979: la media nacional de los médicos se inclinaba por la medicina socializada (26,2%) o mixta (62,6%), siendo esta preferencia mayor entre los médicos de la Seguridad Social, y especialmente los hospitalarios, que eran los más jóvenes y los de mayor porcentaje de mujeres (González, 1979; Martín López, 1979; IESS, 1979d). La propuesta de la posición médica conservadora se resumía en corporativización de la sanidad, libertad de elección, compatibilidad ejercicio privado y público y contribución del usuario. Las propuestas del grupo profesional de izquierdas (FADSP; MIR y SEMFYC, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, los teóricos aliados de la reforma impulsada por el PSOE) apostaban por un servicio sanitario universal, participación comunitaria, profesionalización de la gestión y asalarización de los trabajadores (Elola, 1991).

Toda la década de los ochenta fue un largo camino de la profesión por estructurar vehículos representativos de participación y alternativas (sindicales, políticas, ideológicas) que reflejaran la heterogeneidad de la profesión, lo que condujo a la división política de la profesión y el debilitamiento de su capacidad negociadora, que sumado al escaso talante negociador del gobierno (fundamentalmente el primero socialista 1982- 86) aseguró la confrontación (Rodríguez, de Miguel, 1990).

En efecto, el primer periodo de gobierno socialista se caracterizó por un alto nivel de tensión entre el Estado y la profesión (Rodríguez, 1992; Rodríguez, de Miguel, 1989). El gobierno no solo no reconoció la representación de la OMC, sino

tampoco la de la CESM⁸⁶, ni la de intereses particulares en el proceso político. La batalla política derrotó a sus dos protagonistas: Ramiro Rivera de la OMC y Ernest Lluch (ministro de Sanidad 1982-86). La dureza de la batalla política entre la OMC y el primer gobierno socialista queda reflejada en la mencionada "Operación Primavera" (Lluch, 1998), una campaña diseñada desde el Consejo General de Colegios Médicos y la CEOE, destinada a desestabilizar la decisión parlamentaria de sacar adelante una ley que universalizara la atención sanitaria. Se pretendía sensibilizar a la opinión pública, a través de maniobras, como el castigo a determinadas publicaciones médicas gratuitas por su independencia, mediante exhortaciones a los laboratorios que las mantenían. Asimismo, se presionaba a los médicos para que no prescribieran aquellos fármacos de casas que colaboraban en la financiación de dichas publicaciones. Una de las razones del fracaso de la Operación Primavera fue la falta de financiación suficiente, que se pretendía obtener de los laboratorios farmacéuticos, y que no consintieron o al menos no en la medida en que eran solicitados. La otra fue la falta de apoyo de los sindicatos médicos, entre ellos, el mayoritario CESM, que acordaron no someterse a intereses políticos ajenos a la propia condición de médicos.

En 1986 se abrió un periodo político con nuevos parámetros. El segundo gobierno socialista opuso a la ideologización del primero, su pragmatismo y economicismo, que lideraron Ricardo Ferrer por la OMC y Julián García Vargas, como Ministro de Sanidad. Pero el empeoramiento de la crisis del sistema sanitario generó nuevas tensiones.

El conflicto médico de la primavera de 1987 fue quizá uno de los más serios del siglo en este sector y afectó a casi toda la profesión médica (Rodríguez, de Miguel, 1989). Primero fueron los MIR, después los estudiantes de medicina y los médicos en paro, más tarde los médicos rurales, y finalmente los médicos de hospitales públicos. Estos terminaron liderando las movilizaciones, a través de la coordinadora de hospitales, un movimiento dispar al margen de los sindicatos y los partidos políticos. Para entonces la crisis del sistema hospitalario de la Seguridad Social había alcanzado niveles dramáticos, lo que radicalizó las posiciones y demandas de los médicos hospitalarios, que eran testigos de un rápido deterioro de sus condiciones de trabajo.

⁸⁶ La Administración socialista obstruyó los intentos de la CESM de obtener un estatus para negociar. Se necesitaba el 10% de los votos para regular el trabajo de los funcionarios públicos. Esta situación favorecía a los sindicatos tradicionales y excluía la representación de la CESM.

Enfrentados con el conservadurismo de la CESM, una gran parte de los médicos hospitalarios se organizaron en la Coordinadora de Médicos Hospitalarios (CMH). La CMH pronto alcanzó altos niveles de representación, lo que permitió la masiva huelga hospitalaria que se mantuvo casi durante tres meses. La crisis funcional de los hospitales y la frustración de un gran número de profesionales cambió la representación de la OMC y la CESM por la CHM como la organización que defendía sus intereses específicos. El nacimiento y la lucha de la CHM colisionó con el rechazo oficial a aceptar su representación, lo que empeoró la situación. La CMH llegó a ser un poder político importante dentro de la profesión y tuvo un papel dominante en el sistema hospitalario hasta 1990. Los planteamientos de la huelga fueron desde sus comienzos confusos, pues prácticamente cada centro de trabajo se movilizaba alrededor de cuestiones particulares muy concretas⁸⁷, para evolucionar hacia postulados muy genéricos "por una sanidad digna"⁸⁸, en los que se mezclaban diversas posiciones, desde las progresistas que exigían la agilización de la reforma sanitaria prometida, hasta las más corporativas⁸⁹, hegemónicas por los sectores opuestos a la reforma sanitaria, hospitalocentristas. Su explosión fue calificada de una "catarsis colectiva"⁹⁰, y en ella podemos identificar todos los elementos analizados a lo largo del capítulo como generadores de la crisis y el descontento profesional, a saber, la falta de participación en las decisiones sobre la organización sanitaria, las presiones economicistas, la ausencia de canales reales de representación y el cambio del rol del médico en la sociedad (la pérdida de confianza en la eficacia curativa, el paro profesional, la asalarización, las exigencias de la población)⁹¹.

Para Rodríguez (1992), en el conflicto médico de la primavera de 1987, la cuestión ya no era la derrota del adversario, sino el acúmulo de poder y legitimidad para entrar en el proceso político de definir las nuevas bases de la estructura sanitaria. A partir de ahí, el gobierno socialista abandonó la idea de un Sistema Nacional de Salud y comenzó a aceptar la idea de un sistema mixto.

⁸⁷ Los conflictos médicos. Salud 2000 n°9 abril- mayo 1987 pp. 26-29.

⁸⁸ Tribuna Médica, n°1149; 10- 16/4/1987. p.1.

⁸⁹ El fin de la huelga. Salud 2000 n°10 1987 p.8.

⁹⁰ Reflexiones sobre la huelga médica (I), y (II). Salud 2000 n°12 pp.9-11 y n°13 pp.10-12.

⁹¹ Los conflictos médicos...

Contexto político y sanitario

En noviembre de 1987 los socialistas se enclaustraron en Teruel y reconocieron "que la realidad sanitaria después de cinco años de gestión socialista es obsoleta, ineficaz e ineficiente. Son numerosos los cuadros sanitarios incorporados que han hecho dejación de la tarea de impulsar la transformación sanitaria, aislándose de los agentes de cambio, fundamentalmente de los profesionales sanitarios y retrayéndose en una gestión burocrática e inoperante" (Jurado, 1993). Las causas recogidas en el documento de Teruel como fuentes de distorsión fueron: cambios en la profesión médica; aumento de las demandas de la población y del malestar sanitario; burocratización; falta de claridad en la política sanitaria del partido; irregular aplicación del proyecto sanitario en el territorio nacional; lentitud en la aprobación de la Ley General de Sanidad; no haber mantenido el apoyo inicial de los profesionales sanitarios; economicismo; falta de entendimiento de la reforma por la población; identificación de la descentralización con transferencias a las CC.AA. En estas declaraciones el gobierno reconocía su autoritarismo y la carencia de talante negociador con los profesionales sanitarios, y especialmente con los médicos, y por tanto su responsabilidad en la generación de un clima poco favorable para la colaboración (Elola, 1991).

4.5. La estructura demográfica de la profesión médica en la década de 1980

Como hemos visto en otros puntos del capítulo, el exceso de médicos condicionó el comportamiento de la profesión en esta década. Justo es que aun sin entrar en detalles, hagamos un breve análisis de los parámetros que se dejaron influir por este fenómeno, en la medida que ello enriquecerá la comprensión de algunas contingencias históricas claves para nuestra investigación.

En el periodo 1960-1980 en España el número de médicos se multiplicó por 2,95. Este crecimiento estaba por encima del promedio europeo (1,85). En 1982 España tenía un médico cada 354 habitantes, situándose en el entorno europeo detrás de Italia y Alemania Occidental (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986; Antó, 1988).

La plétora médica tiene su origen en el masivo ingreso de estudiantes a las facultades de medicina durante la década de 1970. En 1974 se llegó a un punto en que había más estudiantes de medicina (55.250) que médicos (52.016). El crecimiento de médicos entre 1955 y 1974 fue del 62% y el estudiantil del 247%, desproporción fuente de numerosos problemas, teniendo en cuenta que la proporción de médicos en 1974 de 15/10.000 habitantes era ya más que suficiente en número global (aunque no su distribución) (De Miguel, 1976).

Debemos considerar este crecimiento demográfico de médicos parte de una tendencia mundial. A partir de 1950 el crecimiento anual del número de médicos en el mundo era del 4%, aproximadamente el doble del crecimiento natural de la población. Esta tendencia era mayor en los países con tasas altas, como Europa, que en los subdesarrollados, donde el crecimiento era mucho más lento (De Miguel, 1976).

Ya en 1965 el proyecto regional Mediterráneo de la OCDE señalaba la excesiva proporción de estudiantes de medicina. En 1975 la OCDE recomendó una proporción aproximada de un 10% de estudiantes de Medicina para España e Italia, porcentaje que se superó ampliamente. Se preveía que este porcentaje descendería en la década 1980- 1990, con la creación de nuevas carreras superiores, la saturación de profesionales de ciencias médicas y la creciente dificultad de admisión,

repercutiendo más desfavorablemente en la medicina. Pese a estas previsiones desfavorables al crecimiento de la población estudiantil de medicina, las estimaciones más a la baja (incluyendo número clausus⁹²) supondrían pasar de 59.000 estudiantes de 1975 a 92.000 en 1990. Estas estimaciones suponían un crecimiento del número de médicos que el país no podría financiar, y menos, el sector público (De Miguel, 1976; Serigó, 1979). La consecuencia más inmediata y que más preocupaba a los médicos era el paro. En 1982 había 16.000 médicos en espera de su primer empleo⁹³, y estas cifras se duplicaron en cuatro años⁹⁴. Aunque la tasa ideal de médicos variaba siempre según quien la calculara, médicos, usuarios, o Administración⁹⁵, la prensa médica se hizo eco de esta preocupación arraigada por lo general en el colectivo médico, que temía que los excedentes profesionales conllevaran una devaluación del título (Ortiz, 1987)⁹⁶.

La explosión demográfica médica contribuyó al control estatal sobre la profesión. Como explica Siegrist (1990), existe una clara tendencia de las profesiones a someterse al control estatal en tiempos de crisis y a adoptar estrategias cerradas, esto es, controlar la entrada de miembros en la profesión. Tal sistema asegura una homogeneidad en la profesión a costa de una pérdida de la autonomía (Ortiz, 1987).

Otro fenómeno que llama la atención es la coincidencia de situaciones de alta densidad médica y la potenciación de la medicina social y preventiva, como en las décadas de los veinte y treinta, en las que se proponía generar "yacimientos de empleo" fuera de del marco clínico, potenciando la medicina social y la inspección médica escolar" (Ortiz, 1987: 102). Desde una perspectiva sociológica, opuesta a la corporativa médica, se defendían planteamientos similares (De Miguel, 1976). El desplazamiento del interés médico hacia cuestiones sociales podría suponer una reorientación de un mercado que se había quedado agotado cuantitativa y cualitativamente, el clínico, que exigía una readaptación del proyecto profesional.

⁹² El número clausus empezó a aplicarse en 1979, con 7.320 nuevos estudiantes de medicina por año (tomado de Rodríguez, de Miguel, 1989: 109).

⁹³ El número de médicos y el sistema sanitario. *Tribuna Médica* n°936 12/3/82 pp. 30-31.

⁹⁴ El paro médico en Andalucía. *Salud* 2000 n°5 1986 p.6- 7.

⁹⁵ Por ejemplo, para Acarín, Espasa, Verges et al. (1976), la plétora médica producía una alarma falsa, al ignorar la escasa ocupación de camas hospitalarias y la insuficiente formación especializada.

⁹⁶ Rodríguez (1981), critica la introducción del número clausus al desaprovechar la oportunidad de que el exceso de médicos introdujera por sí mismo un elemento de competencia que redujera el poder de la profesión.

La masiva entrada de estudiantes en las facultades de medicina en la década de los 70 condujo a la renovación en tres sentidos: rejuvenecimiento, feminización y democratización.

Rejuvenecimiento: en 1974 la juventud de los estudiantes era muy alta en todas las carreras sanitarias, incluida enfermería. En 1974 el número de médicos de 30 años o menos era del 20% y en 1983 pasó al 46% (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986; Antó, 1988).

Un análisis sociológico de los aspirantes a las pruebas de especialización médica de 1985, que publicó el INSALUD destacaba que los médicos de veinticinco a veintisiete años, representaban el 61'9% del total y eran los que obtenían plaza preferentemente⁹⁷. La mayoría de los adjuntos en los hospitales estaban entre 40 y 50 años⁹⁸.

Como veíamos en las encuestas de 1979 y 1983 (Martín López, 1979; González, 1979; Rodríguez, 1987), la juventud era una variable que se asociaba a una ideología más socializante, lo que significaba que los médicos jóvenes apoyaban claramente la expansión y el dominio del sector público. La cohorte de médicos más recientes y con menos posibilidad de incorporarse al mercado de trabajo era también la más dispuesta a someterse al control estatal.

Feminización: El fuerte ascenso de las cifras de mujeres entre la profesión alcanzó su máxima expresión a partir de los años setenta, cuando la tasa de crecimiento anual de médicas se situaba entre 17% y 42%, en tanto que la de médicos varones no superaba, en el mejor de los casos, el 9% anual (Ortiz, 1987: 189). Estas cifras estaban no obstante por debajo de la media europea. En 1974 la proporción de mujeres médicas era de un 6,7% (De Miguel, 1976) y casi de un 20% en 1982, estimándose una tasa de feminización de los nuevos graduados en el periodo 1984-1989 del 40% (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986: 29).

⁹⁷ Mejores puntuaciones en médicos con veinticinco años. Tribuna Médica 26/11/85 nº1098 p.32.

⁹⁸ El paro médico en Andalucía.....

Tabla 1. Evolución de la tasa de feminización en la población médica española (1960- 1982)

Año	Total médicos	Total mujeres	% mujeres
1960	35.028	497	1,4
1965	39.709	1.091	2,8
1970	45.815	1.852	4
1975	64.435	6.497	10,1
1980	85.010	14.666	17,3
1982	104.537	20.740	19,8

Fuente: Anuario estadístico (INE) 1963- 1983. Tomado de Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986: 23.

Tabla 2. Tasa de feminización por grupos de edad de la población de médicos activos (1985- 1990)

Edad	TOTAL	MUJERES	%MUJERES
30 años	48.498	18.000	37,1
30- 54 años	49.500	9.990	20,2
55- 64 años	9.187	255	2,8
65- 79 años	5.740	125	2,2
TOTAL	112.925	28.370	25,1

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986: 33

Podemos relacionar la funcionarización de la profesión médica con la incorporación de las mujeres a la misma, "dada la tradicional preferencia de las médicas por una actividad asalariada antes que por el ejercicio liberal de su profesión" (Ortiz, 1987: 192). En la citada encuesta a los médicos españoles el tipo ideológico socializante tenía mayor porcentaje de mujeres que la media nacional y que los otros dos tipos ideológicos, el mixto (socializante/libre) y el libre (Martín López, 1979; González, 1979).

En España el grado de especialización ha sido mayor entre mujeres⁹⁹. La feminización de las especialidades, principalmente entre 1970 y 1980 fue progresiva, pero cuando la tasa de especialización fue disminuyendo a partir de los años ochenta, ese descenso afectó más a las mujeres que a los hombres, posiblemente porque la menor edad de las médicas actuase como factor de confusión (Ortiz, 1987a). Sin embargo, esta mayor tendencia a la especialización no se confirma en otros países, como los nórdicos (Riska, 2001). La persistencia de patrones de especialización de las médicas ilustra procesos de discriminación social y profesional, ocultos a un análisis simplista de la realidad. Las médicas continúan evitando las especialidades quirúrgicas e inclinándose por las de apoyo, como las de anestesia y análisis, alejadas de la gestión directa con los pacientes y fuertemente relacionadas con la práctica pública (Ortiz, 1987a). En la escala de preferencias de especialidades de los residentes españoles entre 1982 y 1987, estas especialidades ocupaban los últimos lugares (de la Fuente de la Hoz, 1988). Este fenómeno es compartido en otros países (Parkhouse and Laughin, 1976). Se ha mostrado que las mujeres llegan a ocupar menos puestos de responsabilidad que los hombres, participando menos en cuestiones políticas y menos puestos de enseñanza. Otros datos procedentes de Europa y USA tienden a confirmar que las médicas trabajan en "nichos" de atención primaria o ramas de la medicina caracterizadas por escaso prestigio o remuneración (Riska, 2001). La Medicina Familiar y Comunitaria era en la década de los ochenta, en España, una especialidad poco prestigiada, que ocupaba el número 24 de las 34, seguramente por la orientación hospitalocéntrica de la educación y la falta de prestigio social y científico de la asistencia primaria (de la Fuente de la Hoz, 1988). Entre 1979 y 1987 la tasa de feminización de las primeras promociones de

⁹⁹ En la encuesta de 1979, las mujeres tenían el doble de presencia en los hospitales que entre los médicos no hospitalarios (González, 1979).

residentes de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria era de un 40% (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990a)¹⁰⁰. La *General Practice* era una elección bastante popular entre las médicas británicas (34%), sólo por detrás de la medicina comunitaria y la pediatría, anatomía patológica y radiología (Parkhouse and Laughlin, 1976). En los países nórdicos las mujeres forman una mayoría entre las médicas de Atención Primaria del sector público¹⁰¹, y en España a pesar de la alta tasa de especialización de la población médica femenina, en 1974 el 57% de las médicas se dedicaban a la práctica de la medicina general y la pediatría (Ortiz, 1987). Pritchard afirma que uno de los factores que favorecen el cambio en sanidad, es el alto número de mujeres entre los médicos generales (Pritchard, Low, Whaler, 1990: 134)¹⁰². En España este fenómeno coincide con el nacimiento de la Medicina de Familia.

Para Riska uno de los motivos que explicarían la preferencia de las médicas por la atención primaria es que esta tiene una estructura horizontal, a diferencia de la altamente jerarquizada del hospital, con horario limitado, lo que, también a diferencia con el hospital, permite compatibilizar mejor el trabajo con la vida familiar.

Una explicación esencialista a esta segregación por género sería que las mujeres tienen cualidades esencialmente diferentes, con lo que a su entrada en la profesión, sería esperable un cambio en la dirección de la medicina. Lorber predijo dos posibles posturas entre las médicas: aquellas que luchan por mantener el dominio profesional, y las que se alían con otras trabajadoras sanitarias y consumidores en su lucha por conseguir una perspectiva holística y de autocuidado (Riska, 2001). Digby (1999) señaló que las primeras generaciones de médicas generales se caracterizaban por un acercamiento más personal e integral a sus

¹⁰⁰ No dispongo de la tasa de feminización de otras especialidades, si bien Ortiz señala la mayor atracción que las especialidades nuevas como la Medicina Familiar y la Rehabilitación ejercen sobre hombres que en mujeres. En general, podemos decir que esta proporción coincide con la tasa de feminización general de los licenciados en medicina calculada por el Ministerio de Sanidad y Consumo (1986) para el periodo 1984- 1989.

¹⁰¹ En Noruega, no se requiere especialización, lo que puede ser interpretado como una razón para explicar el trabajo de las mujeres en esta área, pues en estos países la tendencia a la especialización es menor en mujeres y continúa en descenso (Riska, 2001).

¹⁰² Desconozco cuál es la causa de este fenómeno, ni en qué datos se fundamenta, aunque la menor edad médica de las mujeres sea un factor de confusión.

pacientes y una mayor atención a la salud de las mujeres y los niños. Estas diferencias han sido estudiadas en cohortes más recientes y sus resultados coincidían en que las médicas generales eran más capaces identificar y tratar los problemas psicológicos de sus pacientes, y se sentían más responsables de la salud de sus pacientes mujeres y de su salud prenatal. Se ha encontrado que las médicas están más satisfechas con su trabajo. Algunas de estas diferencias se han relacionado con estereotipos basados en el género y con la falta de modelos para las mujeres. Las diferencias de género se refieren a la satisfacción en el trabajo, los intereses, la salud mental y estilos de consulta. Es difícil saber qué aptitudes son naturales y cuáles son derivados del desempeño tradicional de roles (Chambers, Campbel, 1996).

- La entrada masiva a las facultades de medicina condujo también a una renovación de la profesión en el sentido de la **democratización**, pues el acceso a las universidades perdió progresivamente la limitación de la condición socioeconómica de los padres, diluyendo esa tendencia a heredar la condición médica. En el censo de 1970, el elitismo de los estudiantes de medicina se mostraba a través de tasas de clase más alta (y urbana) incluso que el resto de estudiantes de enseñanza superior. El 35% de población obrera industrial del país sólo proporcionaba un 6% de estudiantes de medicina y un 7% de enseñanza superior. Medicina era una profesión eminentemente urbana (83%) y de clase alta (42%) (De Miguel, 1976). La llegada masiva de estudiantes disminuyó su componente ideológico clasista y favoreció una actitud crítica hacia la élite profesoral tradicional y hacia los contenidos que se impartían. La masiva entrada de estudiantes en las nuevas facultades sin infraestructura hospitalaria docente produjo una paralela incorporación masiva de profesorado no numerario y ello permitió la incorporación a las aulas, con dedicación completa, de jóvenes formados en el extranjero, escapando en parte a los tradicionales mecanismos de acceso e igualmente críticos con la estructura tradicional, exigiendo nuevas y modernas formas de enseñar, más prácticas y participativas (Marset, 1990). Las Facultades de Medicina de Madrid y Valladolid, entre otras, protagonizaron importantes enfrentamientos con las autoridades del régimen y sus estudiantes participaron con entusiasmo de la presión popular hacia la apertura democrática. Esta generación de licenciados se distinguió por una orientación más a la izquierda de lo que es habitual en una profesión de marcada tradición liberal y conservadora (Rodríguez, 1987).

En definitiva, la triple renovación mencionada inevitablemente condujo a una heterogeneidad que introdujo divergencias en el discurso médico tradicional y propició las reformas. La fractura de la identidad médica representa un factor esencial en la crisis profesional, al violar una de las condiciones básicas de las profesiones: "los miembros de una profesión se sienten más identificados y con más afinidad con su profesión que los miembros de otras ocupaciones con las suyas" (González Rodríguez, 1985: 72).

4.6 Cronología

- 1976:**
- 6/7/1976 Tras el caótico semestre de Arias es nombrado presidente Adolfo Suárez
 - 5/12/ Referéndum favorable a la reforma política
- 1977:**
- 24/1/1977, En pleno debate sobre la legalización del PCE, miembros de la extrema derecha asaltaron un despacho de abogados laboristas en la calle Atocha de Madrid, saldándose con cinco muertos
 - 15/6/1977. Elecciones generales, con el triunfo de la UCD
 - 9/10/1977: Se firman los Pactos de la Moncloa

Libro blanco de la Seguridad Social

Creación del Ministerio de Seguridad Social

El Ministerio de Sanidad regula la formación médica especializada

1978:

31/10/1978 Las Cortes aprueban el texto de la constitución que el 6/12/1978 es refrendado por votación popular

Comienza el proceso autonómico

El INSALUD sustituye al INP creado en 1908

R.D. por el que se regula la concesión de los títulos de especialidades

1979:

1/3 Elecciones generales en las que triunfa la UCD

1/4 Elecciones municipales con triunfo de la izquierda

Creación de la Comisión Interministerial para la reforma sanitaria

Reforma del Cuerpo Médico de la Sanidad Nacional

Reforma de la Escuela Nacional de Sanidad

1980:

Se presenta en el congreso la Ley de Reforma Sanitaria

1981:

29/1 Dimite el presidente del gobierno Adolfo Suarez y el 23/2, mientras se celebra la segunda votación de investidura de Leopoldo Calvo Sotelo, como presidente del gobierno, el teniente coronel Tejero asalta el Congreso

6/5 Primeros indicios del "síndrome tóxico" por aceite de colza desnaturalizado

22/6 El congreso aprueba la ley del divorcio

1982: 28/10 Triunfo electoral por mayoría absoluta del PSOE

1984: R.D. 127/1984 que regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista

R.D. 137/1984 de estructuras básicas de salud

Normas para la jerarquización de las instituciones abiertas de la Seguridad Social

1985: Ley de incompatibilidades

Regulación del régimen de jornada laboral de mañana y tarde en los servicios jerarquizados de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social

1986:

Ley General de Sanidad

1987:

Proyecto de decreto por el que se aprueba el reglamento de organización y funcionamiento de los hospitales del INSALUD

Conflictos MIR

La huelga médica de 1987

Se debate el estatuto marco

Nuevo borrador de decreto de especialidades médicas

"Documento de Teruel": autocrítica y nuevo programa sanitario del PSOE

Tribunal supremo anula la OM del MSYC de 25/4/1984, por la que se dictaminaban las normas para la jerarquización de las instituciones sanitarias abiertas de la seguridad social, así como las que regulaba la jornada laboral de mañana y tarde

5. LAS PRIMERAS EXPERIENCIAS CONTEMPORÁNEAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ESPAÑA (1976-1979)

En los primeros años de la transición surgieron en España experiencias sanitarias que recogían y desarrollaban los principios de un nuevo modelo de atención a la salud. Aparentemente emergieron de forma aislada, sin conexiones entre ellas, a pesar de su sugerente simultaneidad. Las personas que las encabezaron tampoco reconocían una fuente externa de inspiración, salvo el clima de movilización social en que nacieron. En esta línea mencionamos en el capítulo anterior los pasos que el Colegio de Médicos de Barcelona dio en 1977 con el GAPS, o la proliferación de Centros municipales de Promoción de Salud en los ayuntamientos de izquierda, principalmente a partir de 1979. Posiblemente podrían añadirse otras experiencias que surgieron en este lábil contexto político, pero la envergadura de su investigación sobrepasaría los límites de la que nos ocupa. Concentrarme en tres de estas iniciativas, Tirajana, Montánchez y Vizcaya, me permite situar el nacimiento de la especialidad de Medicina de Familia en un escenario histórico ignorado en el relato oficial de los acontecimientos. Esto ha sido posible gracias al manejo de distintas fuentes orales y documentales privadas, de las que iré dando cuenta oportunamente.

5.1. El Centro de Salud de Tirajana (Las Palmas) (1976-1979)¹

El proyecto de Tirajana partió de un grupo de sanitarios encabezados por José Joaquín O'Shanahan. O'Shanahan era un médico canario, licenciado en Granada y graduado en Salud Pública en la Universidad de São Paulo de Brasil, por tanto muy influido por la experiencia salubrista latinoamericana y los enunciados de la OMS. Después de varios meses de estudio de la zona, el Centro de Salud comenzó sus actividades en Las Tirajanas en mayo de 1976. La elección de dicho territorio obedeció

¹ Exponemos el caso de Tirajana a partir del famoso artículo titulado "Un centro de salud para el desarrollo", publicado en 1979 por José Joaquín O'Shanahan. Este artículo, al igual que el de Montánchez en Jano, fue muy citado en la literatura sobre la especialidad.

a que el médico titular de la zona iba a dejar la plaza, que era la única libre de la isla Gran Canaria en ese momento. El proyecto de trabajo fue presentado a las corporaciones locales correspondientes, Jefatura Provincial de Sanidad, INP y Colegio de Médicos; con el apoyo de todos ellos y el compromiso de ayudas económicas por parte de los ayuntamientos, un equipo de diez profesionales de la salud se instaló en una zona rural de 4.000 habitantes, dotada con dos consultorios. El equipo estaba compuesto por dos médicos, uno por consultorio, un ayudante técnico sanitario, una asistente social, una visitadora sanitaria domiciliaria, un auxiliar de laboratorio, un auxiliar de saneamiento, dos secretarías, una auxiliar de asistencia y un publicista colaborador, que se repartían cinco sueldos. La situación económica era, pues, deficiente; los salarios bajos y sin estabilidad. El equipo confiaba en que el cumplimiento de las promesas de las autoridades y el reconocimiento oficial cambiara esta situación. Pero finalmente, varios auxiliares se marcharon y uno de los médicos decidió emigrar a Venezuela a especializarse en salud pública.

En la filosofía de trabajo del equipo de Tirajanas encontramos vivos algunos de los principios del modelo de Atención Primaria de Salud más tarde vigente, como la integración de actividades preventivas y curativas, la vinculación de la reforma sanitaria con una transformación global de la sociedad, el énfasis en el desarrollo comunitario como objetivo de salud, el método de trabajo por programas y la aplicación del modelo en áreas marginales.

Estos principios se concretaron en las actividades que O' Shanahan detalló en su artículo sobre el Centro de Salud (1979):

- La organización de la consulta operó un cambio que ellos mismos reconocieron como "espectacular", al pasar de recibir 60 enfermos en dos horas, a atender 15 en cuatro a seis horas, con historias clínicas y control de recetas de personas con enfermedades crónicas directamente a través de secretaría. El tiempo de atención por persona enferma se elevó a veinte minutos. Además, se intentó disminuir la frecuencia de consultas consideradas clínicamente innecesarias por medio de actividades de promoción de la salud, así como mejorar el sistema de registro de información sanitaria. Se estableció un programa de asistencia médica que incluía la consulta itinerante en barrios, la de grupo de enfermos crónicos y la visita domiciliaria. Se esperaba que estas medidas organizativas introdujeran

mejoras derivadas del ahorro en gasto farmacéutico, derivaciones al hospital y bajas laborales, así como de la prevención de determinadas enfermedades, como poliomielitis, alcoholismo, diarreas, subnormalidad o hepatitis. Aunque no hubo comprobación de tales mejoras, se mostraba ya el interés en legitimar económicamente el modelo.

- Trabajo en equipo, con una distribución de las tareas que pretendía sustituir la "separación tradicional" entre los distintos niveles profesionales por una colaboración que permitiera el enriquecimiento mutuo.
- Desarrollo de actividades de formación del personal en Salud Pública: semanalmente se convocaba una reunión de equipo a la que asistía un especialista médico en Salud Pública, lo que se consideraba de gran importancia para "infundir en el equipo el espíritu salubrista". Mantuvieron relaciones con la Escuela de ATS, Asistentes sociales y Facultad de Medicina, con el afán de servir de centro de referencia en la formación de personal sanitario.
- Actividades de promoción de la salud: el saneamiento ambiental fue analizado conjuntamente por la trabajadora social y la Asociación de Vecinos. Se impartieron charlas a adultos y escolares para estimular buenos hábitos alimenticios. Se realizó captación y búsqueda activa de población susceptible de inmunizaciones. Se constituyó una comisión de maestros, sanitarios y pedagogos que confeccionaron un programa de Educación para la Salud en la escuela, a impartir como nueva asignatura.
- Registro e información epidemiológica: se estimuló la participación de los vecinos en la recogida de datos sanitarios y socioeconómicos. Su importancia se justificaba en que la OMS había comprobado que tal medida "favorecía el proceso educativo y el cambio social". Bajo la responsabilidad de la asistente social, asesorada por un sociólogo, y la participación de casi todo el equipo, se dinamizó la creación de Asociaciones y Consejos de Salud, en los que se proponían tareas para la solución de problemas concretos, como el saneamiento ambiental. El primer Consejo de Salud en ponerse en marcha en España fue este de Tirajana, ya en 1976.

Inicialmente la respuesta de la población a la nueva organización fue favorable, pero el propio riesgo de extinción encendió el fervor popular, de modo comparable a

como lo hizo en las otras experiencias que trato más adelante. A través de actividades divulgativas, el equipo buscó el respaldo a un proyecto que pretendía fundir los intereses profesionales con los de la población. La Coordinadora de apoyo surgió de una reunión en la que el equipo del centro convocó al vecindario de Las Tirajanas y a organizaciones populares y sanitarias de Gran Canaria. El objetivo de tal Coordinadora era la propagación de la experiencia en la sociedad y su defensa ante la indiferencia que habían mostrado las autoridades sanitarias durante más de un año y medio. Elaboraron material audiovisual y folletos, y durante más de cinco meses mantuvieron contactos con la población de los distintos pueblos, asociaciones, hospitales etc,.. para finalizar con una campaña de prensa, radio y TV en la que se emitieron comunicados de apoyo dirigidos a la administración central, firmados por la Coordinadora de vecinos de Las Tirajanas, Facultad de Medicina, Colegio de Médicos, trabajadores de las Residencias de la Seguridad Social de Las Palmas y Tenerife, partidos políticos etc. Las autoridades locales también manifestaron oficialmente su apoyo al Centro de Salud. Consiguieron el reconocimiento oficial del centro de Tirajana como Centro Piloto de Salud, pero tal reconocimiento carecía de contenido. Entre septiembre de 1977 y diciembre de 1978 hubo dos cierres del centro para reivindicar mejoras económicas y laborales. En este periodo la población colaboró activamente en las asambleas informativas y recogida de firmas de apoyo. Cuando se publicó el artículo que trasmitía las experiencias, en 1979, el Centro estaba en una situación límite, en espera de apoyo económico de las autoridades.

Los médicos del equipo de Tirajana, Luis Bello y Jose Joaquín O' Shanahan, guiaron el curso de la especialidad de Medicina de Familia en la comunidad canaria. De 1981 a 1982 constituyeron en el Centro de Salud de Casa Pastores la primera unidad docente.

5.2. La experiencia de Montánchez (Cáceres, 1977-1979)

El grupo sanitario de Montánchez comenzó sus actividades en marzo de 1977, cuando cuatro médicos jóvenes (José M^a Carro Ramos, Pilar Blanco Prieto, Fernando Rodero García y Jesús Velázquez González), a los que posteriormente se sumó una bióloga (Teresa López), decidieron ejercer en el pequeño pueblo extremeño de Montánchez. Fueron conocidos como Equipo sanitario de Montánchez o Equipo Extremeño para el Estudio de la Salud, nombre con el que firmaban sus trabajos, o

también como Junta Protectora de la Salud, como figura en el destinatario de algunas de sus cartas.

La experiencia tuvo un marcado carácter voluntarista, pues sólo uno de los miembros del grupo, José Carro Ramos, tenía nombramiento oficial como médico titular, y este compartió sus funciones y sueldo con los demás. Carro obtuvo su plaza de médico titular el 12 de marzo de 1978, pero su llegada al pueblo como médico interino fue anterior.

El equipo introdujo cambios organizativos en la asistencia médica, trabajaron bajo premisas salubristas y desarrollaron actividades de educación sanitaria y de apertura a la comunidad, superponibles a las implantadas en Tirajana, y a los que años más tarde definirían los patrones de trabajo de los médicos de familia.

Combatieron el aislamiento del profesional rural, trabajando en equipo:

“[optamos por los pueblos...] allí significaba el deseo de trabajar con otros ¿no?, es decir, algo que surgía espontáneamente era el deseo de compartir el trabajo con otros compañeros porque (...) al llegar aquí eso era una especie de necesidad ¿no?, había que repartir el trabajo ¿no?, había que intentar también que hubiera unas condiciones de trabajo mejores, que no estuviéramos las 24 horas, sino que pudiéramos hacer turnos, cuantos más compañeros estuviéramos mayor posibilidad de abarcar más campo ¿no?” (Entrevista a PBP y JCR).

Como vimos en el capítulo 2, el trabajo en equipo introducía un elemento democratizador en el modelo médico hegemónico de la salud: “Era importante que el equipo lo formásemos miembros de diversas profesiones, pues debíamos romper el esquema habitual y caducado de la salud en manos de los médicos” (APBJC. Borrador, 1979).

Para dar una asistencia médica completa instalaron un aparato de rayos X, montaron un laboratorio, adquirieron un electrocardiógrafo, un oscilómetro y cuantos medios técnicos consideraron necesarios para acabar con las diferencias entre la asistencia urbana y rural, según dejaron constancia en un artículo periodístico (finalmente, no publicado) que prepararon en fecha inmediata posterior a la del forzado cese de sus actividades.

La creatividad del equipo se expresó en otras estrategias organizativas innovadoras. Utilizaron sistemáticamente la historia clínica en las consultas.

Delimitaron la demanda asistencial, a lo que contribuyó el uso de citas y la creación de una consulta administrativa, que redujo la burocracia. El descenso de consultas de 50 personas de media a 14, permitió aumentar el tiempo de dedicación al paciente. Ello condujo a la disminución del gasto farmacéutico, las bajas laborales, y las derivaciones e ingresos hospitalarios (Blanco, Rodero, Carro et al, 1979). Montaron una consulta diferenciada para grupos de pacientes de enfermedades de alta prevalencia (hipertensión, diabetes, bronquitis crónica ...), que denominaron "consulta comunitaria". Incrementaron considerablemente las vacunaciones, y actividades de protección materno-infantil y planificación familiar (APBJC. Carta, 1979).

El grupo utilizó la Jefatura local de Sanidad, vinculada al puesto de médico titular, como una pequeña plataforma de poder desde la cual intervenir en las mejoras de las deficientes condiciones ambientales de la localidad. La correspondencia estudiada desvela una intensa actividad del grupo, que denunció la insalubridad de ciertas viviendas, tras inspeccionarlas a instancia de sus inquilinos (APBJC. Carta de Carro, 29/6/1978), y la indiferencia de las autoridades ante la contaminación del agua con que se abastecía al pueblo². Carro avisó del empleo de aguas residuales para riego y denunció al alcalde por presunto delito contra la salud pública por negarse a la cloración. El médico titular, haciéndose eco de quejas de vecinos (APBJC. Carta anónima, 24/1/1978), instó al alcalde a que hiciera respetar el horario de cierre de los bares y la normativa vigente de adición de conservantes ilegales al vino. Insistió además en la necesidad de dotar al pueblo de bibliotecas, lugares de reunión y de práctica de deportes "para suplantar esa insana afición" (APBJC. Carta de Carro, 7/7/1978). Exigió un mayor control sobre la brucelosis, los perros abandonados (APBJC. Carta de Carro, 22/3/1978; Bando, 4/4/1978; Carta del Alcalde, 5/4/1978; Carta de Carro, 15/4/1978; Carta de Carro, 17/4/1978), las condiciones higiénicas de los establecimientos públicos (APBJC. Carta de Carro, 18/7/1978) y del basurero municipal que, por su cercanía al poblado, la presencia de animales y la falta de incineración de los residuos, incumplía la legislación vigente (APBJC. Carta de Carro, 4/8/1978).

² APBJC. Informes sobre el análisis de agua de la Jefatura Provincial de Cáceres: 9/5/1977; 10/6/1977; 26/12/1977 (ver reproducción en figura 5.1); 12/12/1977; 28/12/1977; 24/4/1978; 31/7/1978; 8/10/1978; 30/12/1978, todos ellos informan de la existencia de coliformes y de la ausencia de cloro. Cartas de Carro 15/4/1978; 29/4/1978. Carta de Carro, 26/7/1978. Carta de Carro, 4/8/1978; Carta de Carro, 17/8/1978. Carta del Delegado de Sanidad, 31/8/1978. Carta de Carro, 29/1/1979. Carta de Carro el 2/2/1979.

JEFATURA PROVINCIAL DE SANIDAD DE CACERES
LABORATORIO
ANALISIS DE AGUA
 Informe sobre calidad bacteriológica.—Número _____

Remitente: <u>Equipo Móvil de esta Jefatura Provincial de Sanidad..</u>	
Procedencia de la muestra: <u>Montánchez.</u> <u>Bar Pacho Camino..</u>	FECHA Y HORA DE: Recogida de la muestra: <u>9-XII-77.</u> Llegada al Laboratorio: <u>9-XII-77.</u> Comienzo del análisis: <u>10-XII-77.</u>
Núm. de referencia del remitente:	
Posibles causas de contaminación:	
R E S U L T A D O S	
Recuentos en placa de agar común a 37° durante 48 horas.....	por ml.
Número más probable de gérmenes coliformes. NMP ... en 1cc..	por 100 ml.
Número más probable de gérmenes coliformes fecales.....	por 100 ml.
Estreptococos fecales	
Anaerobios esporulados	
CALIFICACION SANITARIA:	No potable.
Observaciones:	No contiene cloro libre..
Fecha en que se han comunicado telefónicamente los resultados:	FECHA DEL INFORME: Cáceres <u>12-XII-77..</u> El JEFE DEL LABORATORIO, 

Figura 3. Informe sobre el análisis de agua de la Jefatura Provincial de Cáceres, 1977. Fuente: APBJC

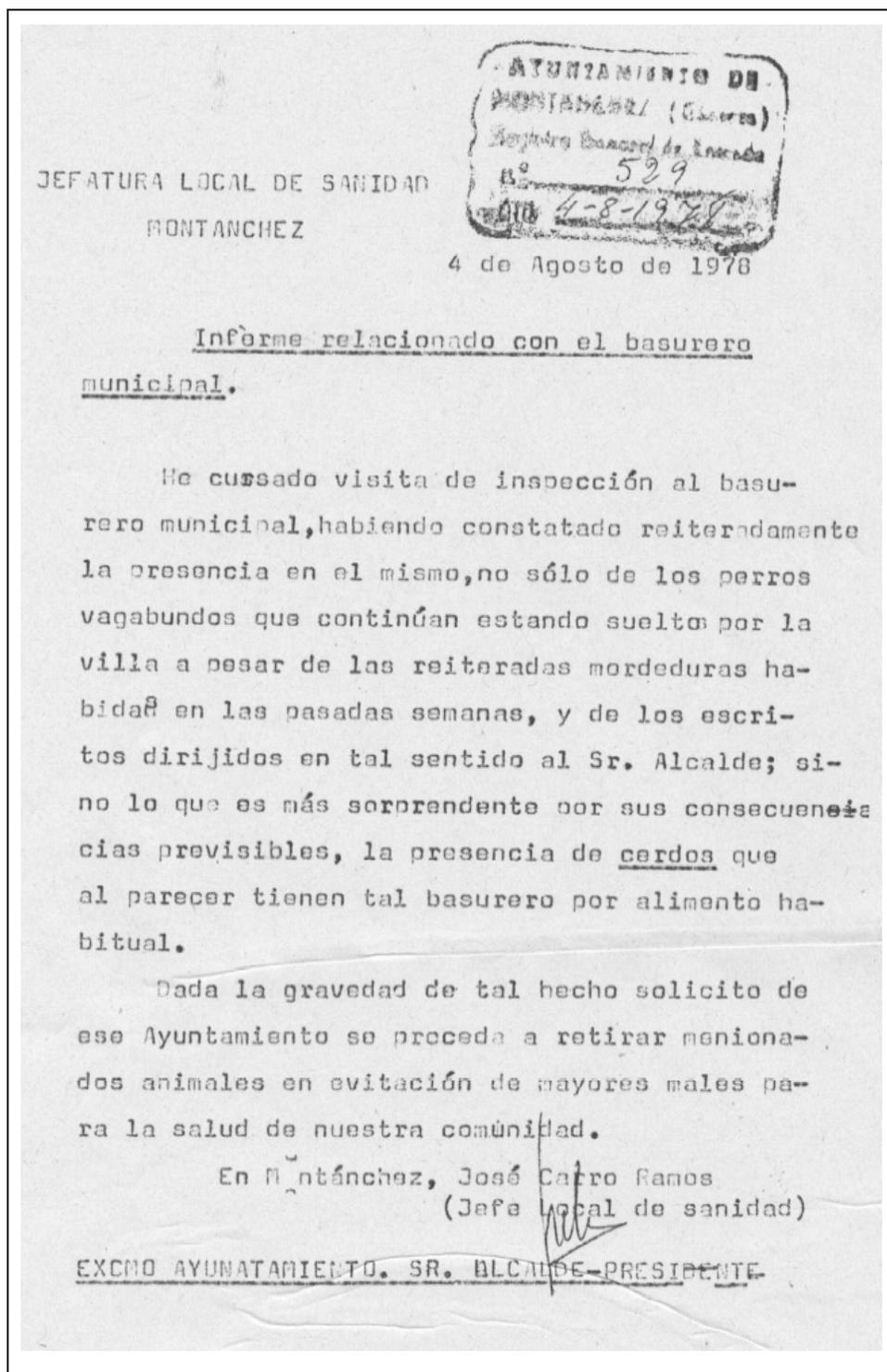


Figura 4. Carta de Carro dirigida al Alcalde accidental, 1978

Fuente: APBJC

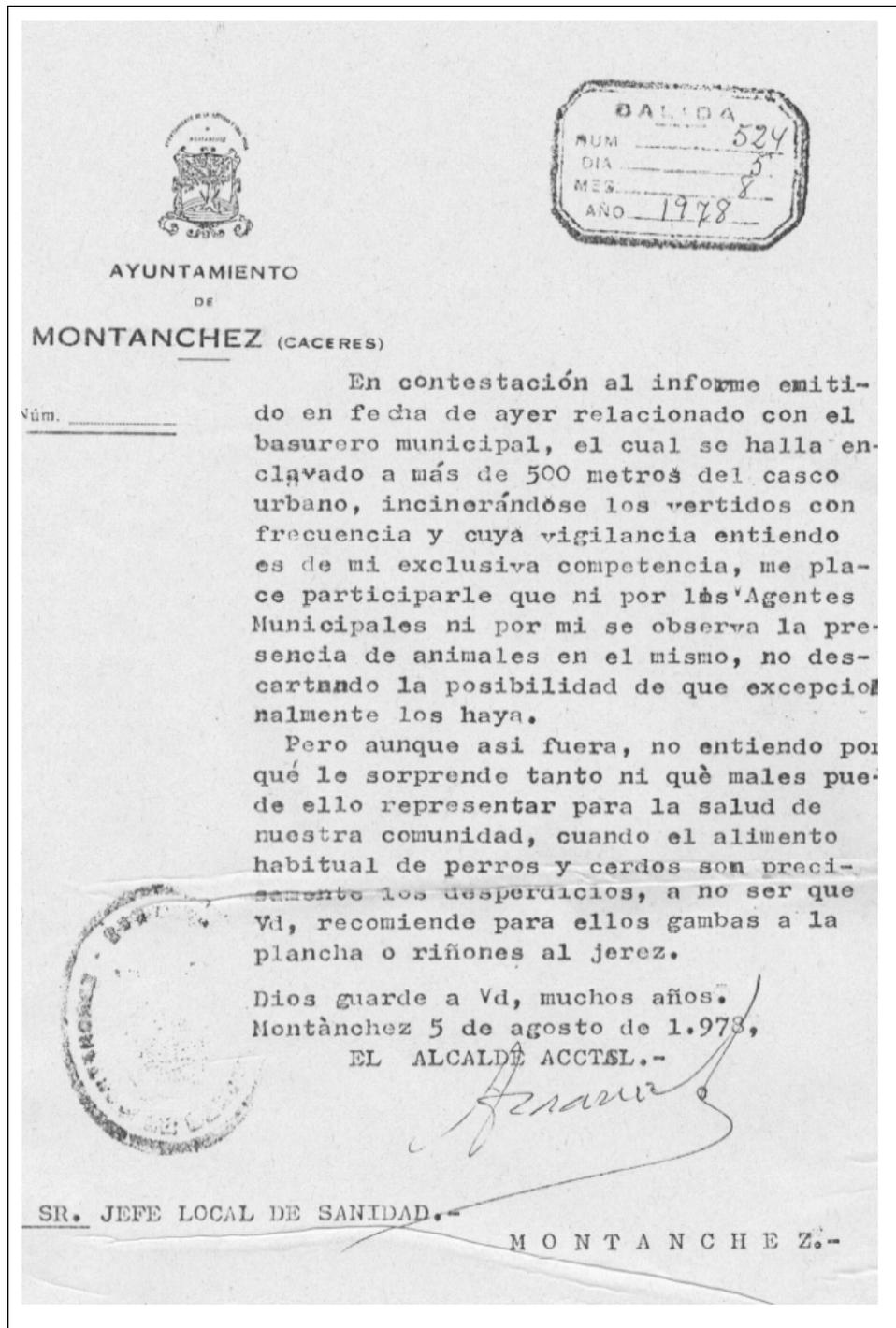


Figura 5. Carta del Alcalde accidental a José Carro, 1978

Fuente: APBJC

El intercambio epistolar con la Alcaldía respecto al acceso de animales al matadero, muestra el escaso respeto de las autoridades por la salud pública y el nivel de crispación que alcanzó la relación del grupo con los representantes municipales (véase la Fig. 5).

El equipo de Montánchez desarrolló una intensa labor de educación sanitaria, desde el convencimiento de que la salud debía ser una responsabilidad compartida por vecinos y sanitarios, y basada en la prevención. En enero de 1978 organizaron unas jornadas en las que movilizaron a otros médicos de la comarca (APBJC. Carta de la Comisión, 20/1/1978). La campaña contenía temas de alimentación, lactancia materna, uso y abuso de antibióticos, enfermedades transmitidas por el agua, parasitosis, zoonosis, hipertensión y caries dental, subrayando la importancia de los hábitos sobre los remedios farmacológicos. Dieron charlas sobre la influencia de los déficits de la alimentación, la mala vivienda, o la falta de trabajo en el enfermar, así como la necesidad de detección precoz de enfermedades prevalentes. Merece la pena citar por su carácter vanguardista y su resonancia, las charlas que organizaron sobre educación sexual y planificación familiar, en las que participaron figuras prestigiosas del momento, como el médico sexólogo Ángel Sopena, de la Universidad de Madrid, Presidente de la Sociedad Europea de Sexología y miembro del Instituto de Medicina Social de Madrid³. Estas se celebraron en un cine de Montánchez dentro de unas jornadas sobre "familia y sexualidad", en una fecha que no hemos logrado precisar, y estuvieron dedicadas a jóvenes, matrimonios, educadores, sacerdotes y sanitarios.

La actitud de apertura e implicación en la comunidad que caracterizó al grupo cristalizó en la puesta en marcha de una Asociación de Vecinos, gracias a la cual se consiguió "despertar una conciencia colectiva de necesidad de transformar un conjunto de condiciones que estaban afectando a su salud" (Blanco, Rodero, Carro et al, 1979). La Comisión de Sanidad fue creada el 14 de octubre de 1977 y se reunía periódicamente en el gimnasio, con una asistencia nutrida y regular. En ella se planteó la necesidad de un Centro Sanitario Comarcal, el gimnasio de rehabilitación, cursos de natación, programas de educación sanitaria, un local médico y mejora de las carreteras, entre otras. En diciembre de 1977 se pidió, a través de la Comisión, una campaña de detección y vacunación tuberculínica en una carta en la que se

³ "(...) fuimos con él a Madrid a aprender planificación familiar, a poner DIU y luego le invitamos a Montánchez". (Entrevista a PBP y JCR).

reivindicaba el derecho a la salud del pueblo (APBJC. Carta de la Comisión, 6/12/1977). Los periódicos regionales publicaban regularmente los acuerdos de la Comisión, que llegó a ser imitada en otros puntos de la provincia (Entrevista a PBP y JCR).

La Comisión de Sanidad movilizó a la ciudadanía para apoyar la reivindicación de un hogar para personas mayores. Los ancianos se rebelaron porque tenían que subir escaleras para alcanzar el local que los responsables municipales les habían asignado. Entonces comenzaron una campaña de recogida de firmas, bajo el eslogan: "No queremos subir escaleras". La incomodidad que produjo este asunto entre las autoridades, precipitó el cese del médico titular (APBJC. Borrador, 1979; Carta, 1979).

La actitud permanentemente transgresora del grupo de Montánchez se encontró con la resistencia inmovilista de los sectores conservadores temerosos de perder sus privilegios.

P.: Bueno, les sentaba mal que reuniéramos a la gente, eso les sentaba mal

C.: (...) Estaban cerrados a cualquier propuesta que nosotros le planteábamos de mejora (...) de las aguas, de las basuras, de las vacunaciones, de la educación. Cualquier cambio era rechazado por ellos, porque lo veían como un atentado contra la situación que se había establecido (...) (Entrevista a PBP y JCR).

A diferencia de la experiencia canaria, en Montánchez la oposición de las autoridades municipales fue obstinada desde el principio, de manera que ni siquiera pusieron a disposición del equipo un local que sirviera como consultorio, cuyos gastos se cubrirían por el propio equipo y contribuciones de los vecinos: "... Y es que, no podían tolerar que en la consulta se atendiera igual a pobres que a ricos, y que estos no tuvieran un paso preferente." (APBJC. Carta, 1979). La falta de apoyo de las autoridades municipales se tradujo además en amenazas reiteradas de cese del titular, aprovechando la ilegalidad del reparto de la asistencia médica (APBJC. Notificación del Alcalde, 13 y 31/1/1979; Bando Municipal, 31/1/1979; Carta del Alcalde, 30/9/1978; Carta del Colegio, 20/10/1978; Carta de Carro, 24/10/1978).

Como tuvimos oportunidad de ver en el capítulo precedente, en la sociedad del tardofranquismo y la transición, las actitudes y comportamientos sociales eran encajados irremisiblemente en una opción política. Este discurso desautorizaba los

progresos conseguidos por el grupo⁴, y radicalizaba la respuesta de la población entre el apoyo de sus seguidores⁵ y las amenazas y acusaciones de “rojos” de los más conservadores (APBJC. Cartas anónimas de 26/1/1978 y 30/1/1978).

El 6 de marzo de 1979 el alcalde cesó al médico titular sin explicación alguna⁶. El cese se amparaba en el Reglamento de Personal de los servicios sanitarios locales, de 27/11/1953, en virtud del cual podía cesarse a un médico titular interino sin la práctica previa de un expediente administrativo ni tan siquiera oír al interesado. Además de la incomodidad que el grupo despertaba entre las autoridades, no fue ajeno el hecho de que Carro figurase como el nº 2 de la candidatura del PSOE, ni la enemistad que Carro se ganó del Delegado Provincial por su oposición, como representante colegial, en la Comisión creada para una reforma sanitaria de la provincia. Carro, con otros miembros de la junta comarcal, reivindicaba una reforma nacional de la sanidad, y no local, que siguiera la orientación de Alma-Ata. Nada más lejos de lo que se estaba haciendo en aquella comisión: “Cambios sin rumbo para no cambiar nada” (Carta de la Junta , 13/12/1978). La dimisión de esta Comisión, junto con el representante de la Junta extremeña (miembro del PSOE), apareció en la prensa regional y a la semana siguiente se envió el cese⁷.

El pueblo se movilizó contra esta decisión. El grupo recogió 700 firmas pidiendo la continuidad del médico titular y el médico compañero Angel Andrés Rodrigo del vecino pueblo de Torre, publicó una carta en el periódico denunciando la pasividad del Colegio de Médicos en el cese (APBJC. Carta, 1979. Borrador, 1979). Pusieron el caso en conocimiento del entonces Consejero de Sanidad, Juan Carlos Rodríguez Ibarra (APBJC. Carta del Equipo, 1979; Respuesta de J.C. Rodríguez, 1979) y de la prensa nacional y médica. Fue sólo a partir de entonces cuando la experiencia traspasó las

⁴ En un periódico local, el médico titular lamentaba que se “politizara” la actuación sanitaria del equipo, acusándoles de “comunistas” con el objeto de desautorizar la promoción de la salud que estaban realizando. Hoy, 29/1/1978.

⁵ “Queridos amigos: J. Maria, Fernando, Pilar, Teresa y Carmen. Os escribimos este anónimo para daros la enhorabuena por lo que haceis porel (sic) pueblo. Seguid adelante luchando ante todos los obtaculos (sic) que se os presenten..”APBC.

⁶ ALISMO. Montánchez (Cáceres). Así actúan los efebos de Sánchez de León: “No creo que tenga que dar explicación a la prensa de cuestiones privadas de esta delegación”, ha dicho el delegado provincial de Sanidad de Cáceres y miembro de la UCD, Telesforo Torres, después de ordenar el cese del médico titular de Montánchez, José María Carro Ramos, candidato del PSOE a las elecciones municipales” *El Socialista*, 25/2/1979, p.15.

⁷ “..y sólo uno [día] después de que el Delegado Territorial, firmante del cese, denunciara en la Hoja del Lunes el comportamiento antidemocrático de uno de nosotros, por abandonar una comisión que el Sr. Delegado presidía, con la que no estaba de acuerdo en sus métodos de trabajo..” Carta dirigida a los Presidentes de las Juntas comarcales de Cáceres, sin fecha. APBCR.

fronteras locales y se convirtió en un referente del nuevo modelo de Atención Primaria en España.

Respecto a la experiencia de las Tirajanas, la de Montánchez aparece mucho más improvisadamente. Sus autores no reconocen una preparación ni intencionalidad definida.

“este fue un proyecto que se fue dibujando con el paso del tiempo, porque simplemente era lógico y natural que así sucediera (...) todo eso surge de forma espontánea y natural, cuando el marco social en que se desarrolla lo pide, es decir, que la España de la transición había una reivindicación general en la participación, en todos los sectores ¿no?” (Entrevista a PBP y JCR).

La experiencia de Montánchez trasladó a una pequeña localidad rural la efervescencia de la utopía transformadora de la transición. Pese a sus sospechosas similitudes con Tirajanas y Vizcaya, que trataremos en el siguiente apartado, el contacto entre ellas fue posterior a su desarrollo (Entrevista a PBP y JCR). El clima sociopolítico permitió la emergencia de iniciativas atomizadas, cuyos caminos se encontraron en ocasiones para desempeñar un papel importante en el proceso de especialización de la Medicina de Familia. El artículo publicado en “Jano” por este grupo es uno de los más citados en la literatura médica sobre la especialidad. Pero la influencia del grupo trasciende el mencionado artículo. Sólo los registros orales y de documentos privados permiten recuperar fragmentos claves para la narración histórica. A partir de aquella expulsión, los de Montánchez, desarrollaron una intensa actividad divulgativa mediante jornadas y conferencias (APBJC. Carta de Carro, 25/9/1979; Carta del Hospital; Carta del Centro de Rehabilitación, 14/12/1979). La correspondencia que mantuvieron los miembros del equipo entre 1979 y 1980, tras su expulsión, ilustra la existencia de inquietudes progresistas en la población médica más joven, no incluida en el colectivo hospitalario.

De estos contactos quiero destacar, por su fertilidad, los que mantuvieron con residentes de las primeras promociones de Medicina de Familia y con líderes del Plan de Salud de Vizcaya.

A instancia de algunos residentes de Medicina de Familia del Hospital Primero de Octubre, de Madrid, los residentes y algunos integrantes del grupo de Montánchez mantuvieron encuentros en los que se debatían propuestas de organización sanitaria y la formación de los médicos de familia. Los residentes contribuyeron a la difusión de las

ideas del grupo, pues colocaban sus escritos en el hall del hospital (APBJC. Carta de Alfredo Nombela, 28/1/1979, 6/2/1979, 11/1/1980;3/2/1980. Carta de Jose Luis Miraflores, 10/2/1979; Carta de seis estudiantes, 3/10/1979). Asistían a reuniones de residentes de otros puntos de España, y atendían a las consultas que estos les hacían en su búsqueda de contenido para la especialidad de Medicina de Familia (APBJC. Carta de Martín de la Concha, 25/1/1980),

“ (...) entonces fue durante la carrera cuando tuve conocimiento de José María y Pilar, lei sobre la experiencia de Montánchez (...), entonces un grupo de estudiantes (...) que estábamos por la labor de hacer medicina comunitaria, y otra manera de enfocar la medicina en atención primaria, fuimos a conocerles (..) En Montánchez, allí no les conocí, (...) yo lei y pensé Dios mío esto es otra forma de hacer las cosas, y nos fuimos a conocerles a Navarra, no me acuerdo como fuimos ni como obtuvimos la información, el caso es que nos fuimos en nuestras vacaciones (...)” (Entrevista a CA).

“Yo conocí a los de Montánchez en un congreso de psiquiatría comunitaria de Talavera de la Reina, yo llegué allí porque me atraía la cosa de la psiquiatría. Era estudiante todavía, y entonces con un grupo de amigos también adictos a la psiquiatría, llegamos a ese sitio, que era muy curioso en aquella época (...) y entonces sobre los papeles veo una cosa sobre la medicina rural, y aquello a mí me atraía, me meto en la historia, y allí estaban José Carro y Pilar Blanco y demás contando su historia de Montánchez (...)” (Entrevista a LGO).

La difusión del trabajo de Montánchez descubrió su sintonía con el realizado en Vizcaya. Charo López Quintana, activa protagonista del proyecto bilbaino, acudió a conocer al grupo de Montánchez para compartir experiencias (Entrevista a PBP y JCR). De aquella relación nació una larga y fructífera historia de colaboraciones, la primera de las cuales reunió a Carro, Rodero y López Quintana en el equipo ministerial que elaboró el Real Decreto 137/84 de Estructuras Básicas de Salud, pieza decisiva en la reforma de la Atención Primaria en nuestro país⁸.

5.3. El Plan de Salud de Vizcaya (1976-1978)

⁸ Llama la atención que el grupo de Montánchez había trabajado sobre una organización de la asistencia en el medio rural, y aunque no me consta que trascendiera a la prensa (forma parte de su documentación privada), presenta un increíble parecido con las propuestas de los médicos de familia, y por supuesto con lo que años después sería el decreto de Estructuras Básicas.

El Plan de Salud de Vizcaya surgió a raíz del programa presentado por una candidatura progresista al Colegio de Médicos de Vizcaya en 1976. En agosto de ese año, un grupo de médicos jóvenes, en su mayoría de procedencia hospitalaria, muchos de ellos MIR, decidieron presentar una "alternativa sanitaria" como programa a la Presidencia del Colegio de Médicos de Vizcaya (Entrevistas a EPJ, CCR, CLQ). Andrés Aragoñi y Gabriel Aranguren encabezaron la candidatura, que triunfó⁹. La "alternativa sanitaria" consistía en estudiar el nivel de salud de la población y los factores sociales que lo determinaban, para luego intervenir y mejorarlos. Pero aquel proyecto hubiera sido condenado a la mera declaración de intenciones si no hubiera contado con el apoyo metodológico que Ernestina Presser facilitó.

"(...) entonces, claro, una cosa era la alternativa, pero ¿qué era la alternativa? no lo tenían muy claro, fue ya te digo como a través de un hermano de Charito, se pusieron en contacto conmigo, me explicaron lo que querían y yo les dije, lo que queréis vosotros como alternativa es un plan de salud, un plan de salud completo (...) y así comenzamos. Fue una experiencia muy bonita, y un desafío, porque en ese tiempo cuando comenzamos, acababa de fallecer Franco, estaba empezando a andar la democracia, te estoy hablando del año 76, y todavía había restos de lo que era el antiguo Gobierno, no fue fácil, tardamos un año en hacerlo, había que hacer un diagnóstico de la situación, identificar los problemas de salud, establecer las estrategias para cada problema, establecer los programas, todo ¿no?" (Entrevista a EPJ).

El secretismo de las estadísticas obstaculizó tanto el trabajo que decidieron circunscribirlo a un pueblo que pudiera ser representativo de Vizcaya, para después extrapolar los resultados. Berriz fue el municipio escogido. Entre 1976 y 1977 se elaboró el plan piloto de Berriz (Comisión Provincial, ¿1977?) y el 1 de enero de 1977 comenzó a funcionar con los programas infantil, preescolar, escolar y maternal¹⁰.

Una vez culminado el trabajo en Berriz, decidieron continuar con el resto de la provincia de Vizcaya. Fue entonces cuando pidieron asesoría a la OMS, que envió primero a J. Aswall y H. Zollner y posteriormente a S. Moday¹¹. Hernán Durán, por entonces consultor de la OMS, trabajó con el equipo durante meses entre los años 1977 y 1978¹².

⁹ Plan de Salud para Vizcaya. Circular informativa del Colegio Médico Provincial de Vizcaya, Abril 1977.

¹⁰ Circular informativa del Colegio Médico Provincial de Vizcaya, Dic.1977.

¹¹ Circular informativa del Colegio Médico Provincial de Vizcaya, Junio 1978.

¹² Un Plan de Salud para Vizcaya. Entrevista al Dr. Durán, consultor técnico de la OMS. Profesión Médica 6/7/1978 p.6. Hernán Durán era un epidemiólogo de procedencia chilena que después prestaría sus servicios en la

En el proyecto colaboraron sociólogos, economistas, estudiantes de medicina y enfermería, entre otro personal. El equipo lo formaban cerca de cien personas que trabajaron con carácter voluntario y altruista fuera de su jornada laboral durante tres años.

" (...) fue un movimiento muy sano (...) al final quedamos como cien personas, todo el mundo queriendo hacer algo (...) ¿tú sabes lo que era salir del hospital todo el mundo y a las cuatro de la tarde estar en el Colegio de Médicos trabajando todos?" (Entrevista a EPJ).

La colaboración de instituciones a través de la Comisión Provincial del Plan de Salud para Vizcaya fue muy importante. Tal Comisión incluía entre sus miembros representaciones de los Colegios profesionales de Médicos, Odontólogos, Farmacéuticos, Veterinarios, ATS, Ingenieros, Licenciados en Filosofía y Letras, Arquitectos, Aparejadores, Abogados, representantes de la Administración, del Ayuntamiento, de la Universidad y de los médicos titulares (Comisión Provincial, ¿1977?). Muchos de ellos, junto con algunas mutuas industriales y bancos, también contribuyeron en la financiación¹³

La movilización ciudadana fue ejemplar:

"(...) aquello involucró a muchísimas personas (...) las asociaciones de vecinos colaboraron muchísimo en esto porque se trataba de que la población fuera protagonista y participara y todo esto, entonces se hacía mucha divulgación, en las iglesias, en los talleres, en las escuelas, participó muchísima gente de todos los ámbitos, muchos obreros, por ejemplo, comités de empresas, comprometimos empresas para ver las condiciones de trabajo de las empresas, se hizo una cosa muy global, muy intensa (...) " (Entrevista a CCR).

En diciembre de 1977 el equipo del Plan de Salud dio un curso de educación sanitaria de dos meses de duración para las Comisiones Sanitarias de las 84 Asociaciones de Vecinos de Vizcaya¹⁴.

"(...) no, allí no estábamos sólo progres, allí había mucha gente con inquietud, quiero decir, colaboró todo tipo de gente (...) todos los que tenían algo que aportar de las asociaciones de vecinos, de la energía nuclear (...) " (Entrevista a CLQ).

formación de las primeras promociones de médicos de familia en la unidad docente de Segovia (Entrevista a LGO).

¹³ Circular informativa del Colegio Médico Provincial de Vizcaya, Junio 1978.

¹⁴ Circular informativa del Colegio Médico Provincial de Vizcaya, Dic.1977.

Las primeras experiencias de atención primaria en España (1976-1979)

Desde Navarra, Galicia y Guipúzcoa llegaron delegaciones de profesionales solicitando colaboración para repetir la experiencia en sus provincias¹⁵.

El Plan de Salud no sólo sirvió como aglutinante de las inquietudes reformadoras de un grupo de personas progresistas, sino que trascendió una vez acabado. Allí se conocieron algunos de los que luego influyeron decisivamente en la especialidad de Medicina de Familia: A Ernestina Presser le deben las primeras promociones de médicos de familia de gran parte de España su preparación en Salud Pública, cuando la disciplina estaba poco desarrollada en nuestro país y era tan demandada por los nuevos especialistas, APD, enfermeras y gestores. Claudio Cid de la Rivera sería años más tarde el primer tutor hospitalario que condujo la formación de la unidad docente de Bilbao y participó activamente en la CNE bajo la presidencia de Martín Zurro entre 1984 y 1988. Charo López-Quintana (que en tiempos de su participación en el Plan de Salud era residente de pediatría y miembro de la Coordinadora MIR), participó en el equipo que Carro Ramos lideró en el primer mandato socialista, y más adelante con éste y Fernando Ortega, intervino en la puesta en marcha de la reforma de la Atención Primaria en Navarra y Madrid. Muchas de las personas que trabajaron en el Plan de Salud de Vizcaya transmitieron este legado al trabajar posteriormente en puestos de decisión y contribuir a la formación de profesionales.

¹⁵ Circular informativa del Colegio Médico Provincial de Vizcaya, Nov.1977.

6. LA FORMACIÓN MIR, MARCO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

En este capítulo nos acercamos a la historia del sistema MIR en España y el movimiento social que generó. Tras una somera revisión de la normativa legal, se analiza la aceptación social del modelo formativo y el discurso que sus líderes manejaron para defenderlo. Todo ello aporta claves explicativas de la temprana adhesión de la Medicina de Familia a esta vía de especialización y de los vectores que la apoyaron y rechazaron. En la última parte vemos cómo se gestó la formación posgraduada en Medicina Familiar y cómo este proceso participó singularmente en la construcción de una identidad profesional muy compacta, heredera del movimiento MIR.

6.1 La puesta en marcha del programa MIR

En los primeros años del SOE se crearon las “escalas de facultativos” de medicina general y de especialistas. Cada médico podía inscribirse en la de medicina general y en dos de especialistas. Cuando se limitó el acceso a las mismas, los que estaban apuntados conservaron sus privilegios (Bravo et al, 1979).

Los procedimientos reglados de formación médica especializada y de obtención del título de médico especialista vienen marcados, en nuestro país, por los siguientes hitos legislativos: La Ley de 20 de julio de 1955 y los Reales Decretos 2015/78, de 15 de junio, y 127/84, de 11 de enero¹.

La Ley de Educación de 20 de julio de 1955 sobre enseñanza, título y ejercicio de las especialidades médicas procedió a definir y regular por vez primera en España, los requisitos y procedimientos para la obtención del título de médico

¹ Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio (B.O.E. N°206, de 29 de agosto de 1978) de la Presidencia del Gobierno, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. Real Decreto 11 de enero de 1984 num. 127/84 (Presidencia). Regula la obtención de títulos de especialidades. B.O.E. 31 de enero de 1984 (número 26).

especialista. Esta titulación estaba basada esencialmente en escuelas que, dependientes de las Facultades de Medicina, concedían la especialización mediante una práctica profesional, supervisada en cierta forma por los colegios profesionales (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985b). La responsabilidad de la formación descansaba casi exclusivamente sobre la universidad, más exactamente, sobre las cátedras de las Facultades de Medicina dependientes de los Hospitales Clínicos y sobre las escuelas profesionales creadas en las mismas cátedras. Se les añadían los institutos y escuelas de especialización médica reconocidos por el, entonces, Ministerio de Educación Nacional. En todos los casos, se exigía que los centros estuvieran regidos por un titular especialista y que acreditaran una serie de parámetros tales como capacidad de servicios, número de colaboradores, aceptación expresa de los programas y planes de trabajo e informes del claustro de la facultad. Cursados los estudios y prácticas de las especialidades, se exigía la superación de un examen o prueba final que se realizaba en la universidad a la que correspondía el centro (Gracia, 1998).

La tasa de especialización de la población médica española era casi del 60% en 1979, más alta que la del entorno europeo (Antó, 1988; Ortiz, 1987). Esta tendencia se explica por el mayor prestigio del trabajo especializada y su gran oferta a partir de la expansión del SOE (Ortiz, 1987). Con el progresivo crecimiento de los hospitales se incrementó la demanda de especialistas y ello facilitó el acceso a las titulaciones, que se otorgaban con gran generosidad y sin demasiado rigor. En la práctica, a la vía mencionada se le sumaron otras, de manera que en España, en 1978, para ser especialista bastaba con satisfacer uno de los siguientes requisitos: estar inscrito como tal en un colegio de médicos durante dos años; ganar una oposición de especialidad en la Seguridad Social para trabajar en asistencia ambulatoria (lo que fundamentalmente consistía en la memorización de un temario); asistir a la formación puramente teórica que se impartía en las escuelas profesionales; demostrar la permanencia teórica de dos años en un servicio hospitalario, sin programa, responsabilidad u horario (al término de los cuales, el médico que había facilitado la entrada del aspirante extendía un "certificado sobre el aprovechamiento del asistente"); por último, mediante la realización de un programa de residencia completa. Aunque las otras vías eran aceptadas legalmente, ningún hospital admitía un especialista si no había realizado un programa de residencia

La formación MIR

completa (Infante, 1975; Acarín, Espasa, Vergés et al., 1976). Los especialistas no MIR eran "relegados" a los ambulatorios. Esta situación conducía a la existencia de especialistas en los ambulatorios poco preparados, y poco motivados, pues la atención primaria era el nivel de atención en el que ningún médico deseaba trabajar (Bravo, de Miguel, Polo et al., 1979).

El prestigio creciente de la medicina hospitalaria exigía imponer criterios de calidad en la formación de los especialistas (Segovia de Arana, 1997). Pero fundamentalmente, se hacía necesario restringir el masivo y desordenado acceso a las especialidades², aun a costa de crear un excedente entre los profesionales que trabajaban en el ámbito extrahospitalario³. En este carácter de exclusión se pone en juego una de las más clásicas estrategias del sistema de especialización que, como veremos más adelante, fue clave de su éxito. La iniciativa de esta regulación partió fundamentalmente de centros no propiamente universitarios ni públicos en sentido estricto, donde trabajaban profesionales con ideas avanzadas⁴. El primer hospital donde por primera vez se implantó un modelo de residencia similar al americano por un grupo de especialistas formados en EE.UU., fue el Hospital General de Asturias en 1963. Le siguieron la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona y la Clínica Puerta de Hierro de Madrid. A partir de 1966 el sistema de médicos internos residentes (MIR) se extendió al resto de los hospitales dependientes del INP. Este sistema marginó a las escuelas profesionales que, en muchos casos, eran anexos de las cátedras universitarias. La docencia se desplazó desde la universidad a los centros asistenciales del INP, con el rechazo de unos y otros (Segovia de Arana, 1997; Entrevista a JSA).

La falta de integración de los hospitales universitarios y la carencia de recursos hospitalarios frenaron el desarrollo del sistema inicialmente. Pero el rápido

² Declaraciones de Julio Nadal, vinculado al programa MIR mientras fue asesor del ministro en investigación y docencia (1984-6). El ministerio se enfrenta a una nueva estructuración docente. *Tribuna Médica Hospitales*, 6- 12/3/1987, p. XII.

³ Durante mucho tiempo el sistema MIR ignoró este excedente y, pese a reconocer la especialidad de Medicina de Familia, estuvo diseñado exclusivamente para adaptarse a las necesidades de especialistas, marginando la asistencia primaria, donde acumulaba un claro exceso de profesionales sin cualificar y con escaso futuro laboral. Para comprobar esta información me remito a la publicación del Ministerio de Sanidad y Consumo, de 1986 (pp. 77 y 82).

⁴ El Ministerio se enfrenta a una nueva estructuración docente.....

crecimiento hospitalario provocó una carencia de especialistas en los hospitales, que sólo podían cubrir los residentes⁵. Aunque una de las críticas que se le hace al sistema MIR es la utilización de mano de obra barata, el procedimiento estimuló esta vía de especialización decisivamente.

Inicialmente cada hospital elaboraba su programa y ofertaba arbitrariamente sus plazas pero en 1967, a propuesta de la Clínica Puerta de Hierro, se creó un Seminario de Hospitales que coordinaba los programas docentes de formación postgraduada. En 1968 ese mismo seminario, tras analizar la situación, propuso a las autoridades la promulgación de un decreto de formación que terminara con el caos de la especialización (Prieto, 1995; Segovia de Arana, 1997). Acatando esta propuesta, el Ministerio de trabajo reguló por Ordenes Ministeriales de 3 de septiembre de 1969 y 28 de junio de 1971, (28/7/1971 y 9/12/1977) las categorías de internos y residentes como médicos postgraduados y estableció, asimismo, las bases de formación. Desde entonces el procedimiento de selección de los aspirantes se realizó mediante convocatoria única de carácter nacional para todas las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.

El propio Seminario de Hospitales elaboró un documento en el que estableció las directrices más adelante recogidas el R.D. 2015 de especialidades médicas, una de las primeras normas con las que se estrenó el Ministerio de Sanidad, creado en 1977, con Enrique Sánchez de León al frente como ministro y Palacios como subsecretario⁶.

La principal novedad que aportaba este R.D. era el reconocimiento del sistema MIR como vía principal de especialización, aunque para insatisfacción del movimiento reivindicativo MIR, no única. Se aceptaban excepcionalmente las especializaciones procedentes de servicios extrahospitalarios, escuelas profesionales y cátedras de medicina acreditadas para algunas especialidades que reunieran los

⁵ Inquietud y preocupación entre los MIR. *Profesión Médica*, 2/11/1978, p.8. Según los residentes esta planificación según necesidades de las plantillas de los hospitales y no reales de especialistas, fue la que originó el grave problema del paro de especialistas y constituyó uno de los puntos centrales de sus reivindicaciones a finales de los años 70.

⁶ Segovia de Arana definía al ministro de Sanidad como persona “inteligente, emprendedora y muy receptiva” a las propuestas del seminario (Prieto, 1995).

La formación MIR

requisitos mínimos de acreditación, y declaraba transitorios los sistemas de concesión de títulos de especialista vigentes en ese momento, hasta que los Ministerios de Educación y Ciencia y Sanidad y Consumo dictaran las correspondientes normas de desarrollo del real decreto. Para cada especialidad se constituía una Comisión Nacional (CNE) en la que estaban representados las sociedades científicas, el Consejo General de Colegios de Médicos, la Universidad y el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Los cometidos de cada comisión eran: informar para la acreditación de los centros docentes (que era responsabilidad última de los Ministerios de Educación y Ciencia y Sanidad), en base a unos requisitos mínimos y establecer el programa de la especialidad. En este R.D. se creó también el Consejo Nacional de Especialidades Médicas en el que se encuentran representadas todas las comisiones nacionales de especialidad, a través de uno de sus representantes universitarios.

Otras novedades del R.D. fueron la centralización de la expedición del título en el Ministerio de Educación y Ciencia, el reconocimiento expreso del derecho de los residentes a la retribución económica durante su formación y la inclusión de la Medicina Familiar y la Medicina Preventiva como especialidades.

Nótese que la consideración de la Medicina de Familia como especialidad es previa a la conferencia internacional de Alma-Ata. Existe una corriente de opinión muy arraigada que encuentra en la conferencia la fuente que animó a la promulgación el 29 de diciembre de 1978 de un R.D. independiente, que concedió una relevancia particular a la especialidad de Medicina de Familia . Posiblemente el espíritu de la conferencia estimulara el ánimo reformador del ministro Sánchez de León y su equipo, pero opiniones más autorizadas (Segovia de Arana, 1986; Segovia de Arana, 1997; Entrevista a JSA)⁷ y próximas al proceso, lo remontan a fechas anteriores (entre los años 1967 y 1975 según queda reflejado en el preámbulo de la ley), en las que arraigó en la comunidad científica la creencia de que la formación universitaria de pregrado correspondía a un nivel básico de formación que no preparaba para el ejercicio de la medicina.

⁷ Este autor es considerado uno de los principales impulsores del sistema MIR y de la inclusión de la Medicina de Familia en el mismo. Para su biografía remito al anexo II.

“Estos son momentos, años cruciales, porque fue en ese momento cuando ya empieza la idea revolucionaria de que la facultad de medicina, el título de licenciado en medicina no servía para el ejercicio de la profesión..” (Entrevista a JSA).

Se hacía necesario un nivel de postgrado (formación llamada “vocacional” en los países anglosajones) y una formación continuada permanente. Esta tendencia partía de foros internacionales mencionados en el tercer capítulo y quedaba certificado en los trabajos que el Consejo Europeo comenzó en 1970 para la libre circulación de médicos, que culminaría con la directiva europea 86/457 de septiembre de 1986, tras largo debate⁸. El éxito del internado rotatorio dentro del programa MIR y la resistencia de los residentes a que este fuera incorporado a la formación de pregrado se explicaría desde esta corriente de opinión que admitía que la formación universitaria estaba perdiendo valor y ello sentaba las bases para la universalización de la formación postgraduada que significaría la especialidad de Medicina Familiar. Sin embargo, como veremos más adelante, los MIR no siempre interpretaron así el nacimiento de la Medicina de Familia.

Segovia de Arana actuó como un importante catalizador de este proceso, para el que la especialidad constituía una ampliación del área de influencia del hospital sobre la sociedad (Prieto, 1995)

“Yo había estado varias veces en Colombia, en Barranquilla, (...) me habían invitado a que llevara allí yo la experiencia de Puerta de Hierro, y entonces el hecho de que en Puerta de Hierro había un médico colombiano que había trabajado mucho (...) me invitó a ver un hospital que ellos iban a abrir (...) y vi que cubría a un sector muy determinado, se dieron cuenta de que no se trataba sólo del hospital sino de la influencia que el hospital debía tener sobre aquel sector y yo ya tenía toda la idea de la atención primaria, fue entonces cuando ya surgió (...) la necesidad de un hospital moderno, científico (...) un hospital que también sirviera para la docencia...” (Entrevista a JSA).

Para Segovia de Arana la Medicina de Familia nacía fruto de la necesidad de

⁸ Sobre este debate me remito al capítulo 9.

La formación MIR

recuperar cierto neohipocratismo y de adaptar a la asistencia primaria las medidas que habían modernizado el hospital (registros, trabajo en equipo, docencia..), pero siempre con una finalidad colonizadora de la atención primaria (Segovia de Arana, 1986b). Como señalaba uno de sus más cercanos colaboradores, Enrique Frieyro, coordinador de la Unidad Docente de la Clínica Puerta de Hierro en Madrid, el hospital "contraía la responsabilidad de la atención primaria de un área comunitaria de su entorno" (Frieyro, 1980).

Esta visión hospitalocentrista, muy popular por otra parte, y su reputada trayectoria de hombre innovador, fueron determinantes en la incorporación de la Medicina de Familia al modelo MIR. La legitimación social que el hospital otorgaba a cualquier curso profesional garantizó su éxito inicial y aplastó otras posibles iniciativas engendradas en otros segmentos menos prestigiados. Su nacimiento al amparo del Estado y del hospital marcó una trayectoria diferente a la de otros países.

El desarrollo normativo sobre las especialidades culminó con el R.D. 127/84, por el que se reguló la obtención del título de médico especialista. Esta disposición derogó expresamente la Ley de 1955, y el R.D. 2015/78. Como innovaciones que este RD aportó merecen destacarse:

- Instauración de un sistema de adjudicación de plazas de formación en el que todos los candidatos tenían las mismas oportunidades y refrendaba la vía MIR como única posible para obtener una especialidad médica en España.
- Clasificación de las especialidades médicas en grupos, según requirieran o no formación hospitalaria.
- Se confirmaba la necesidad de seguir un programa formativo perfectamente establecido como médico residente en centros acreditados que reunieran los requisitos adecuados, cuya elaboración dependía de la CNE⁹.
- Se regulaba la oferta de plazas, con participación de las CC.AA. y las CNE, a través del consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con

⁹ Como veremos esta fue una de las principales tareas de la CNE de Medicina de Familia y a través de la cual ejerció un importante control sobre la entrada de nuevos especialistas.

adecuación de la capacidad docente acreditada a las necesidades de especialistas, a las disponibilidades presupuestarias y a los compromisos adquiridos por el Estado en convenios y tratados internacionales (artículo 5).

- Modificaba la composición de la CNE: disminuía la representación de la Universidad y los Colegios médicos, y en su lugar incorporaba dos médicos residentes (artículo 13).
- Regulaba también las competencias de las Comisiones Nacionales en el desarrollo de las especialidades.
- Modificaba la composición del Consejo Nacional, con los presidentes de las CNE de cada especialidad, dos representantes del Ministerio de Educación y Ciencia y otros dos del Ministerio de Sanidad y Consumo (artículo 15)
- Constituía y regulaba las comisiones locales de docencia para cada hospital docente, con representación de los residentes (artículo 12)
- Instituí a un sistema de evaluación anual y final de los médicos residentes por la comisión local de docencia (artículo 8)¹⁰.
- Homogeneizaba el valor del título de médico especialista en los baremos para ocupar puestos de trabajo en instituciones públicas.
- Establecía vías adicionales, especiales y restringidas, de titulación de especialistas, v.g. especialista diplomado, para quien superase las pruebas determinadas por la CNE (artículo 9), el acceso a la titulación de ayudantes, doctores y profesores titulares de las Facultades de Medicina (artículo 18)¹¹, y unas disposiciones transitorias que protegían los derechos de aquellos que con anterioridad a la promulgación del R.D., pudieran demostrar el desempeño de la formación o función de médicos especialistas (con unas condiciones especificadas en las citadas disposiciones).

¹⁰ Finalmente se suprimió el examen final, con motivo de una huelga de los residentes (Hernando Avendaño 1990: 224).

¹¹ Esta es la vía del 5%, que sólo permitía expedir un 5% de los títulos que se otorgaban ese año en vigor hasta 31/12/1986 según el R.D.

Estas vías adicionales completaban las que en 1981 se dictaron para proteger los derechos de los que habían iniciado su desempeño o formación con anterioridad a la promulgación del R.D.2015/78, que para la Medicina de Familia fue el contestado 683/1981¹² (que concedía el título de médico de familia para los que a la entrada en vigor del R.D. 2015/78 pertenecieran al Cuerpo de Médicos Titulares) y para el resto de las especialidades la O.M. de 11/2/1981 (Negro et al., 1999: 13)¹³.

Por imperativo de la Ley General de Sanidad, el Consejo Nacional de Especialidades Médicas elaboró un borrador de un decreto de especialidades, que fue remitido a las autoridades en marzo de 1988 y finalmente tras múltiples discusiones, se aprobó en junio de 1989. Las novedades de este borrador eran la introducción de troncos comunes, que determinaría el examen de entrada y la recomendación de potenciar la formación en Medicina Familiar y Comunitaria (Hernando Avendaño, 1990). En 1992 aún se debatía el proyecto de ley de especialidades y la CNE insistía en la necesidad de que la Medicina Familiar y Comunitaria fuera un tronco propio e independiente en el nuevo proyecto y no un escalón previo a otras especialidades¹⁴.

6.2. Cambiar la medicina, cambiar la vida: el movimiento MIR

Como hemos visto, el éxito del programa MIR estuvo estrechamente vinculado al desarrollo tecnológico, la expansión de los grandes hospitales en la década de los 60 y 70, y la confianza que estos inspiraban en la sociedad como garantes de calidad. El modelo participó notablemente del efecto seductor que el hospital ejercía sobre las y los jóvenes licenciados y benefició claramente a las especialidades de base más tecnológica (Segovia de Arana, 1997). Para el principal impulsor del sistema MIR, a su prestigio contribuyó el proceso de modernización inaugurado por la Clínica Puerta de Hierro, que implicaba el trabajo en equipo, la docencia o los archivos de historias clínicas (Entrevista a JSA), así como su carácter gremialista y exclusivo (Hernando Avendaño, 1990: 229). Tampoco fue ajeno el

¹² Real Decreto de 6 de marzo 1981, num. 683781 (B.O.E. 14 de abril de 1981 (número 89). MEDICOS TITULARES. Consideración de Especialistas de Medicina de Familia y Comunitaria.

¹³ Para más detalle consultar el capítulo 9.

¹⁴ Martín Zurro, 1992. Informe de la SEMFYC sobre la Ley de Especialidades, Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, y directiva comunitaria para el ejercicio de medicina general. Gaceta de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Atención Primaria 1993. 12(1): 59- 60.

papel reivindicativo y dinamizador que desempeñó el movimiento MIR en su relación con el sistema sanitario, de naturaleza autoritaria y verticalista (Infante, 1975; Marset, 1990).

El movimiento MIR representa una corriente de lucha por normalizar la especialización médica en nuestro país, que estaba sometida a las arbitrariedades de grupos médicos de poder (Entrevista a CCR). Este proceso sin duda fue clave en la modernización y democratización de la profesión médica en España. Como era habitual en la sociedad española de la transición, a las reivindicaciones laborales de los residentes se sumaron otras de carácter más social y político, entre las que se incluía la reforma de la sanidad y la democratización del ámbito laboral. La defensa de sistemas transparentes de contratación en los hospitales fue, por ejemplo, el detonante del movimiento huelguístico de los MIR en junio de 1971 (Infante, 1975: 216; Acarín, Espasa, Vergés et al., 1976).

Entre las exigencias de los residentes, representados a través de la coordinadora estatal CEMIR, se encontraba el reconocimiento del MIR como única vía de especialización, con programas únicos, la creación de comisiones de docencia democráticas, paritarias y ejecutivas y la participación en cualquier decisión ministerial que afectara a la formación médica postgraduada (Infante, 1975: 217; ACLQ. Documento de trabajo de la CEMIR, 1977 y Comunicado de la CEMIR, 1978). También reclamaban representatividad en los comités de contratación y la desaparición del certificado de buena conducta¹⁵.

“..entonces yo hice la residencia en la Paz y estuve de representante de residentes en los últimos dos o tres años de residencia, y en aquella época ser representante de residentes significaba muchas cosas ¿no? Porque estabas metido más o menos en movidas políticas, en la época del final del franquismo, eso significaba que había muchas huelgas, (...) y nos echaban de vez en cuando a la calle, lo que pasa es que nos volvían a admitir, porque no dejábamos de ser médicos, (..) a nosotros

¹⁵ Inquietud y preocupación entre los MIR..... Uno de los conflictos que mantuvo en jaque a los residentes fue el frecuente empleo de criterios extraprofesionales en la selección de candidatos. Así, el 15/2/1974, unos 65 MIR de la Residencia Enrique de Sotomayor, de Cruces, Bilbao, decidieron encerrarse en el centro ante la exclusión de 23 aspirantes por razones "morales"(políticas) y el 6/9/1974 se inició uno de los conflictos más largos, extensos y políticos de los MIR, a causa de la inclusión del certificado de buena conducta en la convocatoria de plazas, que finalmente hubo de retirar el INP (Infante, 1975: 215, 258- 260).

La formación MIR

nos respetaban, a mi me expulsaron de la residencia, no me acuerdo pero dos o tres veces seguro (...) luego después de unos días, pasado el bache gordo te volvían a admitir, en aquel momento se luchaba porque tenías que tener el certificado de buena conducta para ser residente, tenías que decir que alguien era un buen chico, no tenías contrato laboral.." (Entrevista a AMZ).

El contenido insurgente de sus reivindicaciones, unido a su naturaleza exclusiva, conformaron en el movimiento MIR un sentimiento de pertenencia que más tarde se transmitiría al movimiento de los médicos de familia (Entrevista a MMJ). El movimiento MIR con su actitud permanentemente contestataria y rebelde creó una conciencia colectiva de lucha ideológica que impregnó e inspiró otros haceres de las generaciones más jóvenes de médicos, que se insertan en una inquietud general reformista y de compromiso social (Entrevista a CCR),

"..para nosotros era importante ejercer la medicina en toda su dimensión, fueras pediatra, alergólogo (...) digamos que el enfoque era ver la medicina como un servicio social, ahí se mezclaba un poco todo(...) te estoy hablando de los años 73 al 78, (...) la coordinadora estaba en una lucha por una mejora de la calidad de la medicina (...) había una corriente de gente que queríamos hacer la medicina mejor.. y resucitar la medicina de cabecera de otra manera" (Entrevista a CLQ).

La Universidad y otras instituciones, como los colegios médicos, no perdieron oportunidad en mostrar su oposición al sistema MIR. El deseo de participar en el control de la formación de especialistas, en pugna con los hospitales, justificaba este rechazo. Por otra parte los MIR siempre se mostraron contrarios a ese control, pues temían que estos relajaran el reclutamiento que garantizaba su elitismo profesional e introdujeran elementos de arbitrariedad en el acceso, fin último de su lucha. El sistema MIR lesionaba gravemente los intereses de la Universidad en el control de la formación médica. La extensión de este control a la formación en Medicina General intensificaba sin duda la gran oposición en este sector de poder al dejar sin contenido su programa de estudio. Este rechazo se reflejó, entre otros, en los debates de la CNE de Medicina Familiar (Entrevista a AMZ). El divorcio existente entre la formación especializada y universitaria ha dificultado la normalización de la Medicina de Familia en el pregrado¹⁶.

¹⁶ Segovia de Arana rechazaba este desencuentro y proponía un modelo similar al norteamericano,

La organización colegial, como representante del sector más conservador de la profesión, veía en el sistema MIR una muestra más del control del Estado sobre la profesión. La generalización de este control a la formación en Medicina General colocaba en una situación muy vulnerable los profesionales que no habían accedido al programa MIR de especialización y creaba un excedente de médicos que reducía su poder social. En 1983 el Consejo General de Colegios Médicos, presentó un proyecto de reforma de la enseñanza de los postgraduados en medicina, en el que proponían acreditar otros centros docentes no públicos, manteniendo una prueba nacional de selección, aunque menos restringida para aumentar las posibilidades de los posgraduados, con evaluaciones finales centralizadas. En esta propuesta el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, órgano consultivo de los Ministerios de Sanidad y Educación y Ciencia, así como las comisiones nacionales de cada especialidad pasaban a depender de la OMC¹⁷. Esta propuesta nunca llegó a aceptarse.

La Medicina de Familia ya aparecía en la tabla reivindicativa de la CEMIR en 1977 y, si bien es verdad que no fue una iniciativa MIR en sentido estricto, la clara conciencia de que la formación universitaria era insuficiente para el ejercicio de la medicina, junto con el espíritu reformador de la sanidad que les inspiraba, convirtieron al colectivo MIR en firme defensor del proyecto (Entrevista a CLQ; ACLQ. Documento de trabajo de la CEMIR, 1977 y Comunicado de la CEMIR, 1978)¹⁸.

En los años que precedieron al nacimiento de la Medicina de Familia, el movimiento MIR fue muy activo y las convocatorias anuales eran negociadas escrupulosamente. La desaparición del internado rotatorio y el R.D. 2015/78 fueron los

en el que la universidad se responsabilizara de toda la trayectoria educativa del médico (Segovia de Arana, et al., 1999: 71).

¹⁷ Proyecto de reforma de la enseñanza de los posgraduados en medicina. *Tribuna Médica* 25/2/1983. pag. 18- 20.

¹⁸ Sobre esto no hay unanimidad en las personas entrevistadas: Segovia de Arana niega que la Medicina Familiar y Comunitaria figurase en las reivindicaciones del colectivo MIR, argumentando que la Medicina de Familia careciese de atractivo para los residentes, lo cual no deja de ser cierto. Charo López Quintana atribuye gran protagonismo sin embargo a esas reivindicaciones. Claudio Cid de la Rivera entiende que el liderazgo de personas destacadas del movimiento MIR tuvo una influencia posterior en el nacimiento de la especialidad al defenderla. Lo cierto es que hay documentos como los que muestro, y otros impresos que sí incluyen la Medicina Familiar y Comunitaria en la tabla reivindicativa de los MIR, aunque su eco fuera mayor o menor según la biografía de los entrevistados.

La formación MIR

últimos conflictos que protagonizaron y que precipitaron su disolución. Sobre ellos me detendré brevemente ya que contextualizan el nacimiento de la especialidad de Medicina de Familia.

En 1977, las movilizaciones de los MIR para conseguir su participación en el control de su formación fueron masivas y su fruto se recogió en una O.M. del 12/77 que legislaba las reivindicadas comisiones locales de docencia. Esta medida generó una airada respuesta de la universidad, representada entonces por Lafuente Chaos¹⁹ y sólo un año más tarde el R.D. 2015/78 anulaba este triunfo de la CEMIR, al no contemplar las comisiones de docencia, ni la participación de los residentes en los órganos de gobierno.

El R.D. 2015/78 ignoró parte de los logros y reivindicaciones del movimiento MIR. La aceptación de vías de especialización diferentes a la residencia, como las escuelas de especialidades y los departamentos universitarios, suponía un serio revés a lo que clásicamente habían defendido los MIR: la vía única de especialización a través de un sistema de adquisición progresiva de responsabilidades en el hospital, con remuneración y contrato laboral. Ello fue entendido por los MIR como una cesión imperdonable a las presiones del Ministerio de Educación. También provocaron el desacuerdo otros puntos de este R.D., como la falta de representatividad de los MIR y los hospitales en las comisiones nacionales de las especialidades. Además estas comisiones asumían las funciones que la O.M. de 12/1977 concedía a las comisiones locales y centrales de docencia, marginando así a los hospitales²⁰. Finalmente, el R.D. acabó definitivamente con el internado rotatorio que tanto apoyo despertaba entre los MIR.

El internado rotatorio se remonta a la convocatoria de 1964, en la que se instauró una primera fase optativa en la que los residentes completaban su formación universitaria con una integral que asumiera progresivamente responsabilidades. Esta fase era previa a la elección de la especialidad, y la inmensa mayoría lo hacía así. El intento de la Universidad Autónoma de Madrid de trasladar este año al último curso de carrera, una vez que ya estuvo implantado en el postgrado, no fue bien recibido por los

¹⁹ Inquietud y preocupación entre los MIR...

²⁰ Inquietud y preocupación entre los MIR....

MIR (Entrevista a JSA) en parte porque el proyecto no garantizaba su aplicación regular en todo el Estado español, pero sobretodo por la desconfianza que la Universidad despertaba en los jóvenes licenciados. En su argumentación se exponía la incompetencia que la Universidad había mostrado en la preparación para el ejercicio médico y los beneficios del sistema MIR como requisito indispensable para el ejercicio médico²¹. El internado rotatorio se ajustaba perfectamente a las tendencias de otros países y contribuía a homogeneizar y perfeccionar la preparación de los licenciados²² (Infante, 1975: 212). Cuando en 1977, coincidiendo con la primera convocatoria de plazas MIR de Medicina de Familia, el Ministerio anunció la retirada del internado rotatorio, los MIR se opusieron fervientemente a ello²³. Esta fue una de las causas por las que los MIR vieron con suspicacia la creación de una especialidad, que años atrás formaba parte de sus reivindicaciones. La convocatoria de 1979, con la desaparición del internado rotatorio y la creación de 496 plazas para residentes en Medicina de Familia fue vivida por los MIR como un fracaso de sus aspiraciones

“(…) llegábamos los médicos de familia en lugar de los rotatorios y, claro, nadie nos esperaba, ni sabía para qué, ni le parecía que teníamos que estar médicos de familia en el superhospital Clínica Puerta de Hierro, qué pintábamos allí (...) (Entrevista a EMK).

A pesar de esta oposición, los residentes de Medicina de Familia encontraron entre quienes habían liderado el movimiento MIR sus mejores aliados. Muchos de los primeros tutores hospitalarios (Amando Martín Zurro, Claudio Cid de la Rivera, Juan Luis Ruiz Jiménez, ...) se conocieron en los primeros años de conflicto (Entrevista a CCR).

“(…) que yo recuerde, en general eran una piña tutores y residentes, porque normalmente los tutores eran gente muy progresista que había estado en la coordinadora MIR y todo eso (...)” (Entrevista a EMK).

El ímpetu reformador de los médicos de familia conectó con el que años atrás había iluminado a los jóvenes residentes del movimiento MIR y es justo reconocer en

²¹ Este discurso reivindicativo formaba parte de una retórica salvífica como grupo, y entraba en contradicción con el carácter exclusivo y gremialista, que tanto benefició a las especialidades del MIR (Hernando Avendaño, 1990).

²² Inquietud y preocupación entre los MIR.....

²³ Javier Rey del Castillo, representante nacional de médicos posgraduados. Carta abierta al Sr. Ministro de Sanidad y Seguridad Social. Profesión Médica, 5-11/4/1979. p. 13

esta sintonía uno de los motivos que explican la diferente distribución de alianzas de la Medicina de Familia española respecto a la británica. La pérdida de participación de los residentes en los órganos de control de la docencia que determinó el R.D. 2015/78, la aparición de otros vehículos democráticos de defensa profesional, como los sindicatos, y la pérdida del sentido de la lucha política que había aglutinado a los MIR²⁴, les despojó de la capacidad de presión que como colectivo habían ejercido en la década anterior. El potencial revolucionario del movimiento MIR se desplazó hacia los médicos de familia, que ocuparon su espacio de lucha y pueden considerarse como sus herederos (Botejara y Cordero, 1993). Los residentes de Medicina de Familia retomaron el espíritu que alentó el movimiento MIR, lo que permitió un rearme ideológico y un clima grupal que hizo de los médicos de familia uno de los colectivos médicos más atípicos de nuestra historia (Borrell, 1994). La trayectoria subversiva de los tutores hospitalarios que lideraron el proceso desempeñó un importante papel en la construcción de modelos de identificación. Esta alianza, cuando se produjo, facilitó la búsqueda de tutores hospitalarios. Su prestigio como profesionales allanó el camino de los residentes, al tiempo que actuaron como interlocutores experimentados en las negociaciones con el Ministerio. Esta identificación constituye una importante clave explicativa de los orígenes hospitalarios que distinguieron la Medicina de familia española.

“(...) vamos a luchar por el tema de la Medicina de Familia y tal, hombre, yo siempre he tenido una preocupación social clara por todos los temas en los que intervine, y entonces me parecía que ésta era una causa por la que sí merecía la pena dar el callo (...)” (Entrevista a AMZ).

6.3. La creación de una identidad colectiva

La construcción de una identidad colectiva, posiblemente en otros procesos de especialización, jugó un papel sin par en la definición de la especialidad de Medicina de Familia. Anteriormente, veíamos cómo Friedson (1970) nos proponía atender al sentido en el que la mentalidad modula y genera la esencia del propio trabajo. El objetivo de las páginas siguientes es analizar cómo el periodo MIR de las primeras generaciones de médicos de familia contribuyó a crear una identidad y una cultura de trabajo, entendiendo como tal "la expresión de un conjunto de actitudes, conocimientos y

²⁴ Inquietud y preocupación entre los MIR....

valores que se adquieren en el transcurso de una actividad laboral, en un proceso dinámico y que va transformándose o renovándose, en la medida en que es el resultado de un proceso histórico concreto” (Díaz, 2001: 289). La cultura desempeña un papel fundamental en el proceso de toma de conciencia como clase, haciendo patente la identidad propia y la diferenciación con los demás. Nos detendremos en aquellos aspectos claves en su identificación y conciencia como grupo que participan de esa cultura de trabajo y que, como categorías emergentes del análisis de las entrevistas, he estructurado en tres epígrafes: el compromiso social, la Medicina de Familia como motor reformista, y el vacío de referencias.

6.3.1. Motivaciones e ideología: el compromiso social

Podemos entender motivación como aquella emoción que conecta nuestro deseo con la acción, condiciona su búsqueda y la define. Las motivaciones actúan de poderosos nexos de identidad, convocan voluntades e impulsan y moldean acciones en las que el individuo se afirma y construye.

El compromiso social está presente de una forma casi constante en los relatos de las primeras promociones de residentes de Medicina de Familia:

“yo siempre creí en la medicina de contacto con la gente, de contacto directo, y que además se podían hacer muchas transformaciones sociales, siempre fui una persona que valoró mucho la calidad de vida en el sentido de mejorar la calidad de vida de las personas, pensé que esta especialidad cumplía (...)” (Entrevista a FVT).

Esta primera generación de residentes de Medicina de Familia pertenecía a la cohorte de licenciados que inició sus estudios a principios de los años 70, inmersa en una sociedad dinámica que, como vimos en el capítulo anterior, aspiraba a una quiebra histórica que restableciera el respeto por los principios de justicia social. Un clima social que recuerda otros contextos históricos de apertura política que vieron prosperar la medicina social y la atención primaria, como muchos autores han puesto ya de manifiesto (McWhinney, 1975; Sidel y Sidel, 1977; Navarro, 1978).

“ (...) las primeras promociones entendimos la medicina como una parte más del bienestar social (...) y eso yo creo, y que la participación de la comunidad era parte esencial, yo creo que les puso nerviosos, porque era un elemento revolucionario en la sociedad (...)”

La formación MIR

nosotros no estábamos descubriendo nada, sino que nosotros leíamos Alma Ata y la OMS, (...) no hay que pensar que éramos revolucionarios todos los de las primeras promociones pero era lo que se decía que tenía que ser la Medicina de Familia. Entonces simplemente trabajábamos con ese esquema, pero no en los papeles, (...) pero eso les dio miedo, porque planteábamos la marginación social, la discriminación (...)" (Entrevista a FVT).

Gayle Stephens describía la Medicina de Familia como una contracultura, un contrapunto sobre la hegemonía prevalente de la medicina (Rosenblatt, 1990) y Taylor recurría a lo que él llamaba "ardor revolucionario" para explicar el éxito social de los médicos de familia (Moreno, 1997: 363). La rebeldía encajaba en esa retórica rupturista y subversiva que los médicos de familia transmitían y en este sentido fue una estrategia profesionalizadora muy útil, compartida con los GP anglosajones (McWhinney, 1975). La imagen de inconformismo reforzaba su mensaje de reforma y diferencia del modelo médico tradicional. La reafirmación colectiva de su rebeldía se archivó en su memoria, exhibiéndola en su metadiscurso (Imbert, 1990).

Las movilizaciones que protagonizaron los médicos de familia, fundamentalmente hasta 1982, crearon un estilo combativo que sintonizaba perfectamente con el de la época que vivieron. En la transición seducían enormemente manifestaciones como la ocupación en la calle, las concentraciones, las marchas..., (Imbert, 1990).

" (...) yo sé que hubo huelgas cantidad, que hicimos pancartas, que en todas pintaban, que hubo manifestaciones en Madrid, que pegaron a unos compañeros, y hasta sé de alguno que le pegaron bien, compañeros míos (...)" (Entrevista a FVT).

[pero] "desde luego si no es por las movilizaciones y el encierro no se hace nada (...)" (Entrevista a JSL).

Además, construyeron un sentido de independencia del Estado que necesitaban como profesión, pues su identificación les restaba consistencia científica. Algunos testimonios de los entrevistados ponen de manifiesto la permeabilidad de los gobiernos centristas a sus propuestas (Entrevistas a EMK y AMZ). Pero ese reconocimiento se confiesa desde una posición diacrónica, desde la perspectiva histórica que otorga el paso de los años. En aquella época el discurso de los nuevos especialistas debía enfatizar la oposición al modelo, la diferencia. Las primeras

hornadas de médicos de familia, posiblemente fueron de las más luchadoras que nunca ha tenido la medicina española (Borrell, 1996). Por ello se archivaría en la mitología de los médicos de familia, con tanta fuerza, la reacción de los representantes del ministerio al apagarles las luces y echarles en las I Jornadas de Marzo de 1980

“ (...) vamos se pasaron cantidad en todo eso. Nosotros que lo habíamos organizado en plan serio, en plan institucional, ellos vinieron en plan asambleario, de comités de lucha obrera (...) vamos, nos enfadamos muchísimo” (Entrevista a EMK).

Este espíritu de lucha se puso de manifiesto también en el encierro del Colegio de Médicos de Madrid en 1982, y en otros que detallaremos en el siguiente capítulo.

A medida que las autoridades socialistas asumieron el grueso de las reivindicaciones de los nuevos especialistas, la ostentación de gestos fue reduciéndose. La ocupación por los médicos de familia de puestos de gestión y responsabilidad sanitaria redujo sin duda esta tensión. Sin embargo, la conflictividad inicial proporcionó una base de previsión y certeza, mediando simbólicamente en la construcción de una mentalidad y, en definitiva, de una ideología entendida "no sólo como un repertorio de contenidos (opiniones, actitudes y representaciones), sino una gramática de engendrar sentido y de proyección del sentido en materias significantes" (Imbert, 1990). La ideología aparece en la especialidad de Medicina de Familia como un eje sobre el que se vertebraron las afinidades e inquietudes progresistas que representaban a un sector de la profesión (Palomino y Frías, 1992).

“Lo mío era eso, la defensa de la sanidad pública, la defensa de la atención primaria, luchar por el cambio, y en esa lucha se reflejaron en todos esos expedientes que te he contado cuando estaba Angel Ortega de la dirección provincial de la RASSA,” (Entrevista a AAO).

El propio profesor Segovia de Arana reconoce que "la idea de la Medicina de Familia está muy unida a la filosofía que preside la sanidad pública" (López Iglesias, 1999), gratuita y regida por la equidad y la calidad (Marsset, 1984; Borrell, 1996)

“(...) lo que sí había era un denominador común, era que en ese momento los que entrábamos en Medicina de Familia, teníamos cierto sentido que le vamos a llamar progresista en lo ideológico, es decir,

La formación MIR

apostar por una medicina pública, de servicio público, cierto interés por la medicina comunitaria (...)" (Entrevista a MMJ).

En algunos casos, la ideología se tradujo en afiliaciones (Entrevista a AAO), o en la búsqueda de apoyos políticos.

"(...) entonces dentro de todas las movidas que hacíamos los residentes, era entrar con los partidos políticos para que nos apoyaran y todo eso, y dentro de los partidos que más nos apoyaron lógicamente era el PCE que estaba Javier Rey del Castillo que luego fue responsable de sanidad del PCE (...), entonces para buscar el apoyo de los partidos, todavía estaba el gobierno de la UCD, para fomentar la Medicina de Familia, crear los Centros de Salud, la Atención Primaria, todo eso, (...)" (Entrevista a EMK).

Todo ello les mereció el calificativo de comunistas y rojos:

"éramos de Medicina de Familia y *Comunistaria*, entonces eso era una lacra para cualquier cosa, vosotros sois unos rojos, vosotros lo que queréis es desmontar el sistema (...) había una idea en el hospital, que nos decían bastante, vosotros sois los médicos que mandan los socialistas para que hagáis abortos, eso era lo que nos decían, (...)" (Entrevista a JSL).

La confusión entre ideología y afiliación política restó fiabilidad y consistencia a la reforma y la Medicina de Familia (Gervás y Pérez Fernández; Gervás y Pérez Fernández, 1996; Gervás, 1989a); Gervás, 1996a); Gervás, 1997, Irigoyen, 1996, Elola, 1991). Ese discurso ignoraba la realidad concreta de una sociedad y una profesión radicalizadas (Borrell, 1996). Desde las propias filas de la especialidad, muchos médicos de familia percibían esta parcialidad como un lastre molesto del que había que desprenderse y de hecho, a partir de algunos testimonios se puede establecer una frontera invisible entre dos generaciones de médicos de familia en función de su ostentación/ocultación ideológica

"El primer centro de medicina comunitaria del Doce de octubre tenía una orientación excesivamente ideológica (...) [cuando los residentes se fueron a Parla] los residentes se desconectaron de este tipo de actividad, pues Parla ya tenía un técnico de salud que era médico de familia de la primera promoción y se dedicó específicamente a dar una formación estadística, epidemiología, (...) de forma que poco a poco fue perdiendo peso el aspecto ideológico y (...) fue sustituido por un aspecto más metodológico..." (Entrevista a RRA).

“la gente que entraba en las primeras promociones, que hubo bastante gente vocacional, pues era más bien de izquierdas con inquietudes sociales (...) más progresistas, que luego eso ha ido cambiando un poco” (Entrevista a TGC).

Gran parte de la maduración epistemológica de la especialidad fue un proceso de búsqueda de un discurso más neutral y pretendidamente objetivo, que les legitimara científicamente. Este discurso niega la naturaleza contingente e histórica que determina los cambios sanitarios y la ciencia y olvida el potencial y transformador que la ideología ejerce en los momentos de cambio. Como hemos visto en el capítulo 3, la ideologización inicial de la especialidad, a pesar de lo que muchos de sus detractores creen, fue un fenómeno que la Medicina de Familia española compartió con la de otros países; en ellos como en España, contribuyó a restarle valor a los aspectos técnicos y científicos de la misma.

La ideología nos acerca a algunas construcciones epistemológicas de la especialidad, como la participación comunitaria y el diagnóstico de salud, que adquirieron carácter de naturaleza. No podríamos entender, sin este patrón ideológico colectivo, la firmeza con que prendió un modelo holístico de salud y la orientación salubrista de todos sus postulados. La vocación preventiva inspiró la elección de alguno de los residentes:

“En realidad yo cogí medicina de familia porque quería hacer Salud Pública (...) entonces pensé que [la Medicina de Familia] me daba una perspectiva del sistema de salud muy importante (...)” (Entrevista a EMK).

Esta tendencia se manifestaría en la emigración de muchos médicos de familia a puestos de la Administración, lo que supuso una constante sangría de buenos profesionales hacia el campo de la Salud Pública, acrecentada por las ofertas constantes que la Administración lanzaba a los médicos de familia para incorporarse al campo de la gestión. El distanciamiento de la práctica cotidiana reforzó la rigidez ideológica y metodológica de la que se les acusaba (Borrell, 1994).

6.3.2. La Medicina de Familia como motor de cambio sanitario

La identidad de una organización gira en torno a la percepción que las personas que la conforman tienen de cuál es su finalidad fundamental. Podría

decirse que la identidad profesional constituye un sistema donde sus componentes subordinan sus intereses al cumplimiento de la misión global (Aranda, 1994). En el caso que nos ocupa, esta misión global aparece guiada por una filosofía que combate la crisis de valores de la sociedad occidental e implica el desempeño del papel de agente social que reoriente el sistema sanitario hacia la sociedad (Marset, 1984; Rosenblatt, 1990). Este discurso tuvo un peso singular en la construcción de la especialidad, como ocurrió en los países anglosajones. Los GP británicos también creían apasionadamente en su contribución a la mejora de la sociedad (Jefferys, 1998).

La conciencia de liderar el cambio sanitario labró el discurso de los médicos de familia: "Somos la infantería de nuestro sistema sanitario en el que ocupamos puestos de vanguardia..", arengaba el presidente de la SEMFYC en el décimo aniversario de la especialidad²⁵. Los médicos de familia denunciaron frecuentemente la estrategia de "empezar la casa por el tejado" (AMGI. Colectivo de residentes, 1981): "Era más fácil crear una especialidad que cambiar el sistema" (Entrevista a LGO). Sin embargo los nuevos especialistas se aprovecharon oportunamente de esta orfandad para encabezar el movimiento de reforma. La Medicina de Familia era una pieza clave de la reforma, o mejor, la única pieza, y en este artificio discursivo se reconocían los médicos de familia, en una pirueta retórica que condenaba al fracaso la reforma si no prosperaba la especialidad, cuando la supervivencia de esta dependía en realidad de la acción reformista (Libro Verde, 1980: 17 y 109)²⁶.

"No se nos escapa que puede argumentarse que si el área extrahospitalaria no es adecuada para formar técnicos para la Asistencia Primaria, cabría haber esperado a su reforma para la creación del Programa de Formación de Medicina Familiar y Comunitaria; sin embargo, pensamos que cualquier tipo de reforma conlleva la necesidad de disponer desde el momento inicial del personal sanitario adecuado para asegurar su progresivo desarrollo y que, por tanto la creación de

²⁵ Vázquez Díaz, F. Reflexiones tras diez años de Medicina de Familia en España. Atención Primaria, 1992. 10(9): 1005- 1006.

²⁶ Como apuntaba en el primer capítulo, el "Libro Verde" es la primera edición de la guía de residentes de la especialidad, en contraposición con el "Libro Azul" que fue la 2ª edición publicada en diciembre del mismo año.

nuevos servicios asistenciales y la formación de personal de los mismos deben ser paralelos y simultáneos" (AAMZ. Bloque catalán, 1981).

Con esa conciencia de liderar la reforma, los médicos de familia movilizaron los sectores sociales y profesionales que estaban dispuestos a apoyar el cambio, tal y como se insistía en las I Jornadas de Madrid, (1980).

"...los de nuestra generación queríamos hacer las cosas bien, y nos creímos la reforma, una reforma que si ves lo que había y lo que se hay se ha hecho mucho camino, pero nuestras expectativas eran mucho mayores, nosotros nos lo creíamos, éramos muy jóvenes, nos creíamos que esto era de verdad ..." (Entrevista a EBB).

Los médicos de familia no sólo apoyaron la reforma, sino que la lideraron apropiándose de un proyecto que no les afectaba en exclusividad, (Carro, 1985: 56):

"se veía más la reforma de la APS como la ocasión de encontrar un puesto de trabajo que como la ocasión de reformar la sanidad y se entremezclaban los intereses legítimos individuales con los intereses generales (...) Y luego una de las críticas que se hicieron al principio de la reforma de la APS (...) que era algo propio o exclusivo de los médicos de familia y para nada tenía que ver, era algo que los médicos de familia encajaban, pero por ejemplo, para nosotros tenía el mismo interés conseguir que los médicos de familia se incorporaran a la Reforma que el que lo hicieran las enfermeras (...), Quizá los médicos de familia no lo sabían, por eso te decía que nuestro sector es un sector muy especial en que los médicos tendemos a mirarnos mucho al ombligo y pensar que somos el centro del sector (...) y no es así (...) pero entonces los médicos de familia se hicieron protagonistas, bueno supongo que de alguna manera les interesaba (...)" (Entrevista a JCR).

En esa línea reformista se puede explicar el esfuerzo organizador para abordar el cambio de la estructura de la atención primaria. En el Libro Verde (1980) y aún más en las Jornadas de Marzo de 1980, la organización de la atención primaria era un tema recurrente. La estructura que plantearon difería de la que proponía el mismo Segovia de Arana. Por aquel entonces, en el Gobierno de la nación no parecía haber directrices claras sobre la reforma que se pretendía. Hasta 1982, los partidos políticos tampoco desarrollaron modelos elaborados, con excepción de los partidos de izquierda, PSOE y PCE, que pusieron algún esmero. Los programas electorales de aquel año concretaban más claramente la estructura sanitaria, retomando en gran medida las propuestas de los médicos de familia.

La formación MIR

“se nos acusaba de que éramos gente del PSOE, cuando es falso, porque realmente el PSOE se encontró hecha prácticamente la medicina de familia (...) de alguna manera nosotros tirábamos de la reforma, les vino bien que existiera la medicina de familia para impulsar la reforma sanitaria (...)” (Entrevista a TGC).

Aranda (1994) coincide en que el partido en el poder utilizó el proyecto profesional de los médicos de familia para su reforma.

A partir de 1982 el creciente peso de los médicos de familia en las negociaciones con el Ministerio en la producción normativa (fundamentalmente, la O.M. de 1983²⁷ y el R.D. de estructuras básicas), al menos durante una primera etapa de impulso reformador sanitario, refrendaría claramente el papel de los médicos de familia en la reforma. Los intercambios ministeriales con representantes de los especialistas fundamentalmente en esta primera etapa socialista fueron frecuentes (Entrevistas a AMZ, APO y LGO).

Formar a médicos de familia en 1979 sin contar con las estructuras asistenciales adecuadas fue posiblemente un acto de temeridad, pero también un acierto histórico. Los médicos de familia se convirtieron en los principales impulsores de la reforma de la atención primaria. Su implicación en la tarea impedía el retorno y aseguraba que las experiencias iniciales tuvieran el entusiasmo necesario para superar escollos y falta de recursos (Borrell, 1994).

6.3.3. Todo por inventar, todo por definir

Efectivamente, existe entre los "históricos" una conciencia casi unánime de haber escrito una página de la historia. Aunque en la mayoría de los escritos de prensa y borradores los residentes acusaban a la Administración de falta de previsión y precipitación (AMGI. Colectivo de residentes, 1981), el orgullo de construir una especialidad sobre un vacío teórico y normativo emergió como una constante en todas las entrevistas de los primeros médicos de familia, que subrayaba la creatividad como impulsora de la especialidad. Esta característica no es exclusiva de la Medicina de

²⁷ Orden de 19 de diciembre de 1983 por la que se regula el desarrollo de la formación en atención primaria de salud de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. (B.O.E. 22 de diciembre de 1983. Num. 305).

Familia española. Recordemos cómo McWhinney (1975) exhortaba a los médicos de familia británicos a exhibir su imaginación como un distintivo de su identidad profesional.

Todos los informantes coinciden en señalar el grado de entrega que exigió el proceso, hasta el extremo de la militancia.

“no estaba afiliada a ningún partido, estaba afiliada a la Medicina de Familia que ya era bastante (...)” (Entrevista a APO).

Los primeros residentes que eligieron la recién creada especialidad no sabían en qué consistía. En realidad nadie lo sabía. Era una especialidad creada normativamente sin unos contenidos claros y un futuro aun más incierto.

“la especialidad de Medicina de Familia no sabíamos lo que era, (...) había un folletín que nos explicaba lo que era un médico de cabecera, pero no nos habíamos mirado nada de esto nosotros (...)” (Entrevista a EBB).

Incertidumbre que se mantuvo bastantes años

“(...) a posteriori me he dado cuenta de que fue una elección a ciegas porque en ese momento, te estoy hablando ya de principios de 1985, no había [apenas] ningún centro de salud abierto, ni teníamos ninguna referencia del puesto de trabajo, era una elección intuitiva (...) luego las palabras que dijo Luis de la Revilla a mi compañera Herminia era que era la especialidad más divertida..” (Entrevista a MMJ).

La ausencia de directrices sedujo a un colectivo joven y creativo, en perfecta sintonía con el discurso del recambio y la fundación de la transición democrática, pero también le exigió una dedicación en la que derrocharon voluntades e imaginación. Gracias a estos valores, los médicos de familia pudieron enfrentar las adversidades y obstáculos que se les presentaron (Borrell, 1994).

“(...) no hacíamos guardias, porque no había presupuesto para nosotros(...). Nosotros teníamos que pelearnos por las camas, teníamos que pelearnos por las guardias, teníamos que pelearnos por las batas, teníamos que pelearnos por cualquier tipo de recursos (...)” (Entrevista a JSL).

En la mayoría de los hospitales acreditados, las comisiones locales no funcionaban. Muchos de los tutores hospitalarios encargados de la formación de

La formación MIR

residentes eran médicos hospitalarios con nula experiencia en el campo de la atención primaria y sin demasiada motivación.

“Cuando llegamos, nadie sabía qué hacer con nosotros,(...), no sabían ni el plan de estudios, ni quiénes eran los responsables ni qué cursos nos iban a dar, ni a dónde asignarnos, ni nada, así empezamos (...) en realidad las rotaciones nos las montábamos nosotros, porque nuestro responsable era hematólogo, no sabía,(...) no había ninguna estructura que estuviera preparada para eso, entonces nos teníamos que organizar nosotros, (...), nosotros íbamos a la gente que nosotros creíamos que nos podía ayudar y le pedíamos por favor que nos dieran las clases (...)”(Entrevista a JSL).

La falta de orientación desempeñó un papel fundamental en la creación de un compromiso afectivo con la especialidad, que contribuyó a la construcción de su identidad.

“Entonces bueno, llegamos a Bellvitge [en Mayo de 1979] con nuestro papelito, que llevamos todos de residentes, bueno en otras especialidades les empiezan a decir que vayan donde tienen que ir y a nosotros nos dicen, ya les llamaremos, y nosotros dijimos esto qué quiere decir, ya les llamaremos, nosotros tenemos una plaza de residentes, queremos hacer guardias, queremos hacer tal, y ya empezamos a crear más núcleo ¿no? Y a pedir una cosa que nos correspondía, y bueno entonces nos dieron el primer tutor de Bellvitge, fue Fernando Savater, que era traumatólogo, entonces, claro, por formación, traumatólogo, la medicina de familia no pegaba ni con cola, entonces el señor hizo unas rotaciones muy quirúrgicas, que no era lo que pretendíamos, bueno total, en este tiempo ya empezamos a leer lo que era la Medicina de Familia, que había programas en Inglaterra, y luego empezamos a trabajar nosotros como bloque catalano balear (...) nosotros teníamos que hacer nuestro propio espacio, teníamos que ir a cada servicio explicando lo que era la filosofía de la Medicina de Familia, teníamos que hacer el programa, queríamos que aquello no se convirtiera en una rotación como si hiciéramos 6º de Medicina, sino que tuviéramos unas responsabilidades, entonces nosotros por eso trabajamos mucho y realizamos el primer programa de la especialidad (...) yo estaba rotando por endocrino, y allí estaba Martín Zurro, entonces fue una Navidad (...), y fui con mis papelitos a Martín Zurro a explicarle lo que era Alma-Ata, la medicina familiar y comunitaria, para ver si quería ser tutor nuestro, porque veíamos que era una persona que valía (...)”(Entrevista a EBB).

La mayoría de los entrevistados expresan el absoluto control que tenían sobre su propia formación, lo que se tradujo en la mayoría de los casos en la

elección de docentes y tutores. Esto ocurrió en Príncipes de España de Barcelona, en el Primero de Octubre y Clínica Puerta de Hierro en Madrid:

“La verdad es que en Puerta de Hierro nunca tuvo mucha importancia el tutor hospitalario, fue mucho más los residentes los que nos movimos (...) hicimos revisiones bibliográficas, nos encontramos lo que era la Medicina de Familia en EEUU, la Family Medicine, y empezamos a buscar refrendo internacional a lo que se estaba haciendo aquí, y digamos demostrar que la Medicina de Familia era una especialidad, una especialidad con contenido....y entramos en contacto, no me acuerdo del nombre, con un profesor de Family Medicine, de EEUU que había escrito uno de los libros principales de Family Medicine, que no era el Taylor, que era otro (...) entonces fuimos a buscar a Fryeiro para ver si quería ser tutor hospitalario, y le pusimos en contacto con este profesor americano, y a partir de ahí le facilitamos el viaje (...) nosotros le animamos, le dijimos que esto era una cosa de mucho futuro.” (Entrevista a EMK).

Efectivamente, desde el principio los residentes se organizaron en grupos de trabajo. Buscaron apoyos bibliográficos que llenaran de contenido su pobre formación, que era completamente autodidacta:

“ (...) empecé a mirar cosas con los compañeros (...) buscar bibliografía, bueno entonces la formación era autodidacta totalmente, claro...” (Entrevista a JTF).

Los distintos grupos del país se volcaron en la confección de un programa docente que esbozara las bases conceptuales de la especialidad.

“En junio de ese año, de 1981, se abrió el Centro de Salud de Cartuja, (...) allí estábamos en aquel edificio pequeño (...) todo el día metidos, entonces nos montamos como grupo un programa de formación y tal, y ahí fue gestándose lo que después pasó al programa de la especialidad y se constituyó en el programa de la especialidad, el primer borrador...” (Entrevista a ADS).

Es representativo, por su febril actividad, el Bloque catalán que congregaba residentes de los tres centros de Barcelona (Ciudad Sanitaria Príncipes de España, Ciudad Sanitaria Francisco Franco y Hospitales Municipales de Nuestra Sra. De la Esperanza y del Mar) y el de Tarragona (AAMZ. Bloque catalán, 1981). Desde el primer momento trabajaron para crear un programa de la especialidad que fue recogido en el Libro Azul (1980).

La formación MIR

El control sobre su formación reforzó un sentimiento de independencia que desembocó en algunos casos en desavenencias con el propio tutor hospitalario. La incorporación de dos internistas, Ana del Alamo y Leandro Fraile, que habían sido residentes del tutor, al equipo de Pozuelo provocó gran rechazo entre los residentes de la Clínica Puerta de Hierro

" (...) para nosotros aquello fue el colmo del agravio, claro, porque cómo ponía dos residentes de medicina interna, cuando estábamos nosotros los residentes de familia (...) que habíamos hecho el programa de la especialidad, que habíamos trabajado desde el 79, que le habíamos puesto en contacto con los americanos, nos pareció que eso ya, (...) entonces se fiaba de ellos y no de nosotros (...) en realidad no hacían muchas cosas porque tampoco nosotros les dejábamos hacer, es decir, éramos muy autónomos por aquella época, era la época de la transición, si no nos parecía bien pasábamos e íbamos a nuestro aire (...) nos parecía que éramos tan importantes como él [Enrique Fryeiro, el tutor], y que si esto lo habíamos empezado nosotros, no le íbamos a dejar ahora que él lo decidiera todo." (Entrevista a EMK).

El esfuerzo se prolongó en la búsqueda de tutores y centros donde realizar el tercer año, y en su puesta en marcha.

" (...) y no sabíamos qué se hacía con ese tercer año, no había ninguna organización, ninguna pauta escrita, no había tutores extrahospitalarios, no había nada (...) entonces mis compañeros [empezamos a mirar] quién nos podía ayudar, a decirnos que era eso de la medicina de familia, y luego a ver dónde nos dejaban estar en ese tercer año, entonces, un médico, un ex residente que había acabado el año anterior, estuvo trabajando como tutor en ese momento, y entonces fuimos a un pueblo, el Real de San Vicente, un pueblo cerca de Sotillo de la Adrada (...) ahí nos encontramos un médico que no tenía mucho inconveniente en que fuéramos cuatro residentes por allí y allí empecé a hacer consulta en el pueblo." (Entrevista a JTF).

La perseverancia que distinguió a los residentes en su etapa hospitalaria se multiplicó a su llegada a los CC.SS, donde movilizaron a muchos médicos que se adhirieron a su causa

"éramos gente así muy voluntariosa, muy dispuesta a hacer cosas ¿me entiendes?" (Entrevista a AAO).

"no es que nosotros tuviéramos grandes conocimientos, pero sí teníamos una gran voluntad" (Entrevista a RRA).

Me remito a los testimonios que reproduzco en el apartado dedicado a la apertura de los primeros centros de salud. Se trabajaba duro y bien, sin reparar en horarios y esfuerzos (Borrell, 1996), configurando una ética del trabajo, en la que las carencias se convirtieron en espacios para el dominio y la invención. Sumergidos en esa inercia renovadora despreciaban modelos, prácticas y estilos ya existentes, renunciando a un respaldo histórico en pro de un sentido de la autonomía. Este sentido de la autonomía fue determinante en la integralidad de su trabajo, en consonancia con la del modelo. Como en las herejías, la praxis y la teoría se superponen, conformando una relación de reciprocidad entre cultura y construcción científica muy poderosa. Los médicos de familia de las primeras promociones realizaban, casi artesanalmente, sus propios diagnósticos de salud, sus propios programas, sus propias evaluaciones y diseñaban sus propios registros.

No en vano la atracción que despertaba en ellos el carácter integral del ejercicio rural decidió por la Medicina de Familia a muchos indecisos y desencantados de la formación universitaria y del trabajo hospitalario:

“(…) yo empecé en Medicina Interna porque yo era consciente de que no estaba suficientemente preparado, para ejercer con el título de Medicina General, por eso empecé Medicina Interna que era lo que se parecía un poco a la medicina de familia (...) tenía un compañero que era médico APD y lo dejó para hacer Medicina de Familia (...) lo que pasó es que nosotros queríamos hacer Medicina de Familia de pueblo, Galicia es un sitio eminentemente rural y queríamos hacer medicina de pueblo, pero bien hecha y eso creo que fue el motivo esencial.” (Entrevista a FVT).

“y a mí lo que me decidió por Medicina de Familia fue un poco la expectativa de trabajar de otra manera, la verdad es que la promoción estaba muy motivada, simplemente, siempre se había hablado de la situación de los ambulatorios, de lo mal que estaba la Atención Primaria, y yo tengo tradición en mi familia de médicos rurales, pero vamos sobre todo a mí el hospital no me gustaba, yo lo viví de estudiante (...)” (Entrevista a JSL).

“yo había trabajado unos meses cuando acabé la carrera como médico de pueblo y me había gustado (...)” (Entrevista a APO).

Todos estos elementos: la inquietud social, el liderazgo de la reforma, su compromiso con la especialidad, la superación de obstáculos, contribuyeron a crear un colectivo muy compacto, con un sentimiento de pertenencia singular (Entrevista a MMJ) que compensaba su polivalencia.

La formación MIR

La retórica emocional, que cohesionó y dinamizó el colectivo, no fue sin embargo suficiente para evitar las constantes pérdidas de residentes, cuyas primeras promociones se enfrentaron a un futuro que a corto y medio plazo era muy oscuro. De los 462 residentes que empezaron el primer año, cambiaron de especialidad 159 (Libro Azul, 1980). La falta de adecuación de los hospitales docentes y el escaso desarrollo del programa produjeron importantes abandonos (AAMZ. Unidad docente, 1980).

La CNE, que supervisaba los cambios de especialidad, veló constantemente porque una adecuada formación atrajera más y mejores licenciados. La falta de decisión de la Administración y la competencia de otros colectivos por el mercado de trabajo, amenazaban repetidamente el futuro de la especialidad. Conscientes de este problema, los líderes de la sociedad científica y de la CNE perseveraron en reivindicar una justa valoración de la especialidad en el acceso a los puestos de trabajo (Gómez Gascón, 1994). A pesar de estos esfuerzos, de 1982 a 1987 la Medicina de Familia ocupaba la posición nº 24 de las 34 especialidades a elegir en las convocatorias MIR, mientras que la Medicina Interna y la Pediatría ocupaban los primeros puestos (De la Fuente, Martínez, Lardeli et al., 1988). Este hecho fue valorado muy negativamente por algunos disidentes de la reforma (Gervás, 1996a) y 1996b) ya que no satisfacía las comparaciones internacionales (De Lelis , Almela, Casanova et al. 1989; De la Revilla, 1989).

En una encuesta realizada en diciembre de 1988 a los residentes de tercer año (Thomas, Puig y Llobera, 1991b) se mostraba que el motivo principal (43,7%) por el que eligieron Medicina Familiar fue la falta de vacantes en otras que interesaban más, siendo por vocación hacia la atención primaria en un 32,3%. . Estas cifras eran altamente preocupantes y mostraban una "baja tasa de adhesión hacia la especialidad", que se traducía en el hecho de que al terminar la especialidad, sólo el 42% la cogería como primera opción. Esta falta de motivación, muy inferior a la registrada entre los GP, concuerda con el hecho de que casi dos tercios de los residentes se encontraban entre los puestos 1.000 y el 1.500 de la puntuación obtenida en el examen MIR (Thomas, Puig y Llobera, 1991 b).

Un estudio de la trayectoria de cuarenta residentes que finalizaron su especialidad entre 1988 y 1990, mostraba el escaso grado de identificación de los

médicos de familia de estas promociones con su especialidad: el 52'5% demostraron un distanciamiento o rechazo de la especialidad, un 45% intentaron el cambio de la especialidad concurriendo de nuevo al examen MIR y el 61% de los que lo intentaron lo consiguieron. El 12,5% prefirieron trabajar en los servicios de urgencias hospitalarios²⁸. Otra investigación realizada sobre la trayectoria profesional de las promociones 1981 a 1986 en Barcelona, mostraba resultados similares: el incremento progresivo del desempleo así como el trabajo en ámbitos diferentes al de la atención primaria. Estos ámbitos eran casi exclusivamente hospitales (desde un 5% en la primera promoción hasta un 40% en la última) y la Salud Pública y Administración sanitaria (un 8,6% global). También se constataba un aumento espectacular de médicos de familia que tuvieron que emigrar fuera de Cataluña (desde un 12% de la promoción de 1981 a un 67% en la promoción de 1984) (Carrillo, 1988). Los trabajos mencionados concluían sobre la necesidad de mejorar la motivación a través de la calidad docente, especialmente en el periodo formativo extrahospitalario, y la introducción de la especialidad en la formación pregrado.

Cuando el apasionamiento de las primeras generaciones fue apaciguándose²⁹, la persistencia de valoraciones sociales negativas de la especialidad mantuvo, cuando no intensificó, las pérdidas. La pervivencia de un modelo médico hegemónico en atención primaria, la orientación hospitalocentrista de la formación de pregrado, la falta de organización satisfactoria de la atención primaria, las diferencias retributivas... ejercían un enorme efecto disuasorio. Otros autores atribuyen la escasa adherencia a la especialidad, al excesivo peso de la formación hospitalaria en la residencia, el incumplimiento del tercer año extrahospitalario. Esta situación se veía favorecida por el bajo nivel de información y motivación de un número no despreciable de residentes, así como por la escasa consolidación de la especialidad en el mercado laboral (Martín Zurro, 1992). El componente vocacional de los médicos de familia ya no era suficiente para enfrentar estos obstáculos.

²⁸ Ruiz Moral R. Actitud de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria respecto a su especialidad: ¿un fracaso del sistema formativo? *Atención Primaria (Cartas Al Director)*. 1990; 7(10):683-4.

²⁹ Miguel Melguizo hace esta inflexión en la 6ª promoción de médicos de familia (1984- 1986), cuando el tercer año se fue institucionalizado en un centro de salud , con médicos de familia.

7. EL PERIODO DE DEFINICIÓN DE LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (1979- 1984)

En el capítulo anterior vimos cómo la formación posgraduada participó en la construcción de una identidad entre los especialistas de Medicina Familiar. En este capítulo estudiaremos cómo las manifestaciones sociales y la fundación de los primeros centros se sumaron a esa primera trayectoria del proceso de especialización y contribuyeron a la definición de una cultura de trabajo, más allá del propio cuerpo epistemológico, cuyos postulados no pueden explicarse al margen de ese universo simbólico y gestual.

La artificiosidad de elegir el año 1984 como punto de inflexión en la evolución de la especialidad, tiene, no obstante, algunas razones objetivas. En efecto, aquel año alumbró el Real Decreto de Estructuras Básicas, que universalizó la puesta en marcha de los CC.SS., y tuvo lugar la renovación de la Comisión Nacional de la especialidad, que adoptó un papel mucho más activo que la anterior. Por otra parte, fue el año de la sexta promoción de residentes, que inaugura una segunda generación de médicos de familia, con un centro docente y un tutor asignados (Entrevista a MMJ).

7.1 Movilizaciones y desarrollo normativo.

El estudio de los primeros logros legislativos de la especialidad nos servirán para dibujar un escenario interesante y evocador: el de la lucha de las primeras promociones de residentes de Medicina de Familia en la calle, que conformaron un discurso épico y romántico muy rentable a su integridad grupal.

Como vimos en el capítulo 6, la especialidad de Medicina de Familia se incluyó en el R.D. de Especialidades médicas 2015/78, pero la sensibilidad del ministro Sánchez de León y el interés de Segovia de Arana en sacar adelante este proyecto fueron decisivos para estimular su desarrollo posterior, a través del R.D. 3003 de 29 de Diciembre de 1978¹. Este decreto consideraba al médico de familia como la figura fundamental del sistema sanitario, su titulación era condición preferente para acceder a los procedimientos de selección a los puestos de trabajo de asistencia primaria dependientes de cualquier administración pública y redundaba en el sistema MIR como sistema de especialización (lo que ya había sido establecido con el R.D. 2015/78).

La inclusión de la Medicina de Familia en el sistema MIR fue por tanto una iniciativa fundamentalmente estatal, aunque no por ello espontánea (sobre su pasado histórico me remito al capítulo 6), que invirtió el curso habitual de los procesos de especialización. Este orden, insisto, fue determinante para la definición de los debates y las alianzas, pues el apoyo estatal a la especialidad fue uno de los obstáculos más importantes al entendimiento entre los médicos de familia y los médicos generales, y colocó a los primeros en una posición muy frágil de dependencia política. A lo largo de su historia podemos apreciar cómo el desarrollo normativo de la especialidad tuvo un gran peso en su supervivencia. La ineludible necesidad de los gobiernos de negociar con el resto de los profesionales de la atención primaria, u otras prioridades, arriesgaron demasiado frecuentemente esa supervivencia.

Como ya hemos establecido, la voluntad política con que se inauguró la especialidad no se tradujo en desarrollos prácticos y la especialidad comenzó sin un programa que la dotara de contenido. La primera promoción de residentes comenzó en mayo de 1979 bajo las únicas directrices contenidas en un escueto documento que la CNE de Medicina de Familia, bajo la presidencia de Segovia de Arana, elaboró como parte de una guía general de especialidades médicas (Libro Azul, 1980)², y que envió en una circular, en mayo de 1979, a los hospitales docentes (Unidad Docente, 1985).

¹ Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, de regulación de la Medicina de Familia y Comunitaria como especialidad de la profesión médica.

² Por una medicina integral, Profesión Médica, 12 a 18 de abril de 1979.

El periodo de definición (1979- 1984)

La falta de concreción del documento dejaba las puertas abiertas a su desarrollo que desde un principio, como ya se ha dicho, fue controlado por los propios residentes.

“(…) Llegábamos los médicos de familia (…), y a partir de ahí, claro, no nos quedaba más remedio que juntarnos los catorce y empezar a ver qué se podía hacer (…) y una de las primeras cosas que surgieron fue ponernos en contacto con otros que estuvieran en las mismas condiciones que nosotros y de ahí salió la coordinadora (…)”
(Entrevista a EMK)

La Coordinadora Estatal de Residentes se constituyó en septiembre de 1979 (Unidad Docente de Murcia, 1985), a partir de los representantes de coordinadoras locales, que en algunas zonas incluían también a los tutores del programa (por ejemplo, el llamado “Bloque catalano-balear de tutores y residentes”) (Foz y Ferrán, 1997).

De septiembre de 1979 a febrero de 1980, este grupo elaboró un programa de la especialidad, aun embrionario, pero que corrigió parcialmente el vacío con el que nació la especialidad. El “Libro Verde”, que así llamaron, fue el resultado del trabajo conjunto de los residentes de Madrid en el INSALUD con los representantes ministeriales Ortiz Berrocal y Sopena Monforte³, y salió a la luz con 2.000 ejemplares un mes antes de las Jornadas de marzo de 1980 en Madrid.

El Libro Verde no sólo ofrecía unos contenidos, sino una filosofía que reflejaba el espíritu ambicioso y reformador de los médicos de familia. El subtítulo del libro “Hacia un nuevo concepto de la asistencia sanitaria” expresaba una intención de cambio que sobrepasaba las fronteras de la propia especialidad, intención que queda reflejada fielmente en los discursos de los entrevistados, como vimos en el capítulo anterior y, en general, en todas las fuentes primarias consultadas. La Medicina de Familia era planteada en el libro como la pieza

³ José Ortiz Berrocal era subdirector general de formación de personal del INSALUD y responsable de los MIR y Ramón Sopena Monforte formaba parte del mismo equipo ministerial. Ambos eran especialistas del servicio de Medicina Nuclear de la Clínica Puerta de Hierro.

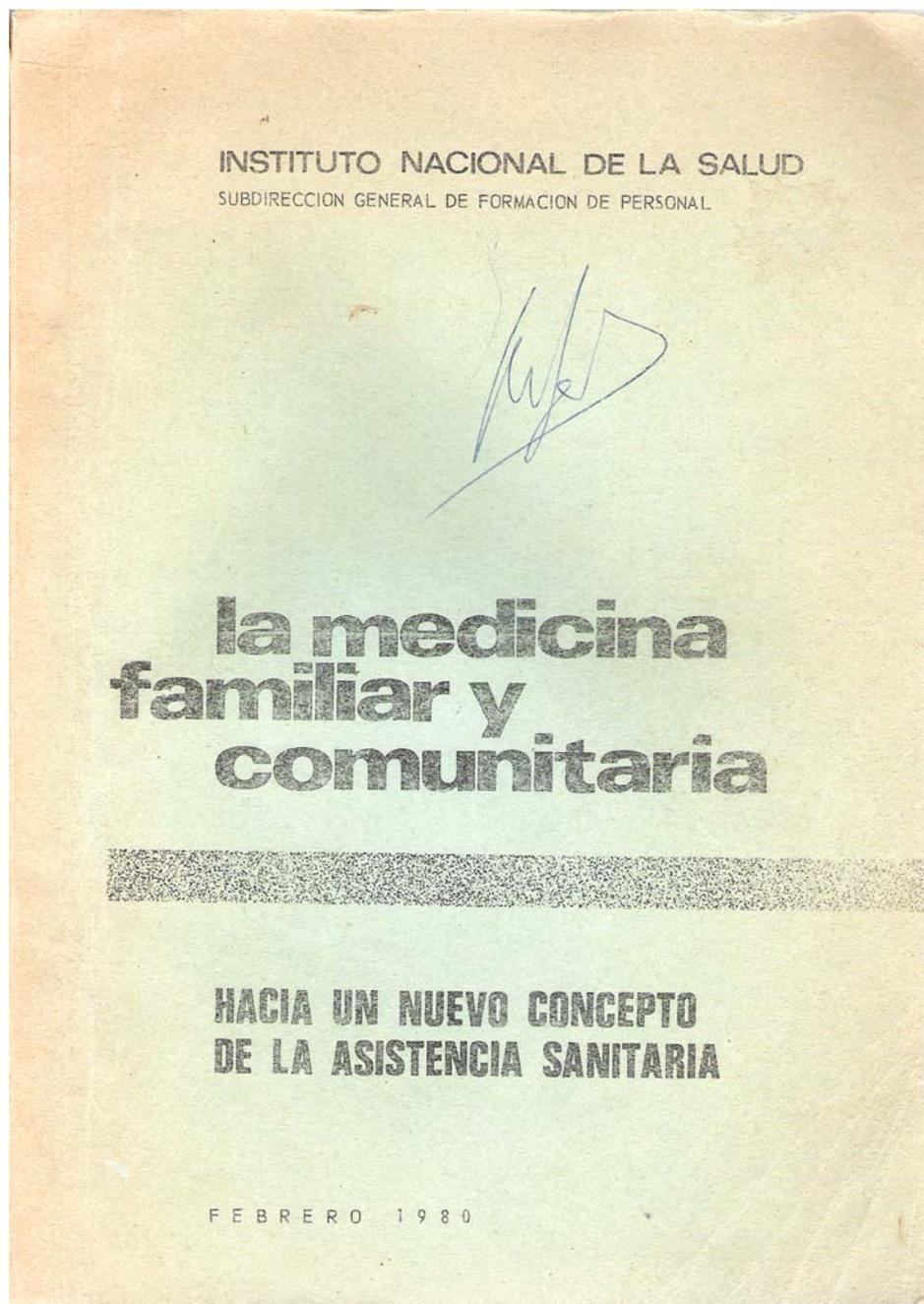


Figura 6: Cubierta del *Libro Verde*

El periodo de definición (1979- 1984)

fundamental del cambio, y se proponían campañas de divulgación entre la población (Libro Verde, 1980: 109).

Me detendré en la propuesta de estructura sanitaria que hacían en este texto, como muestra de la destreza que los residentes mostraron desde los inicios para imponer criterios afines a sus intereses profesionales.

En el modelo de Segovia de Arana (Figura 1), el Centro de Salud (CS) pertenecía al segundo nivel asistencial, intermedio entre los cuidados primarios de salud - que correspondían fundamentalmente a la Medicina de Familia- y la asistencia médica especializada de los hospitales o tercer nivel de asistencia. Se planteaban dos tipos de Centro de Salud: el comarcal o de distrito y el subcomarcal. El primero incluiría consultas especializadas, unidades médico- sociales monográficas, servicio de urgencias médico quirúrgicas con hospitalizaciones cortas y servicios de medicina preventiva y comunitaria, encargados de la educación sanitaria, exámenes de salud laboral, escolar, geriátricos, asistencia social (a manos de sociólogos, asistentes sociales y visitadoras sociales) y salud mental. Se contemplaba también la existencia de un órgano de participación de la comunidad. El Centro de Salud subcomarcal o de sector duplicaría prácticamente los mismos servicios del anterior y estaría en conexión con los médicos de familia que trabajaran en las unidades locales. Sólo cuando la rentabilidad lo aconsejara, los médicos de familia trabajarían en estos CS. La figura más representativa del centro de salud era el "gestor de salud", especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública que desempeñaría la función de dirección del centro y de su área de influencia. Personal del CS serían los médicos especialistas, los médicos de medicina preventiva y comunitaria y otro personal sanitario y de apoyo (Segovia de Arana, 1980a). El médico de familia trabajaría en equipo con "pediatras de familia", enfermeras y asistentes sociales en las unidades locales de asistencia que cubrirían entre 5.000 y 7.000 personas y a su función asistencial añadirían la de ejecutar las directrices en medicina preventiva y comunitaria que partieran del CS subcomarcal del que dependieran (que abarcaría cuatro unidades de Medicina Familiar). Los médicos de familia, sin perjuicio de su trabajo asistencial en las unidades locales, podrían participar en las unidades monográficas del centro subcomarcal de referencia (Segovia de Arana, 1980b).

El modelo del profesor Segovia de Arana era el del proyecto de reforma sanitaria que por entonces estaba pendiente de aprobación en las Cortes. Veamos a continuación los cambios que introducía El Libro Verde en su propuesta.

El nivel primario incluiría en el medio rural CC.SS. rurales o subcomarcales según el tamaño de la población que atendiera y CC.SS. de distrito en el medio urbano. Este nivel primario dependería de un nivel secundario que integrarían los hospitales comarcales o de sector (rural/urbano), que a su vez dependerían del hospital terciario. Se respetaba la figura del “gestor de salud”, que tendría un papel coordinador de las funciones asistenciales entre los distintos niveles y de dirección de los centros subcomarcales y las unidades monográficas que se crearan con fines específicos en el CS, entre otras. El gestor contaría, además, con el apoyo de un equipo gestor de salud o equipo de salud comunitaria, con carácter dinámico en función de la tarea específica que se planteara, y que incluiría el especialista médico o quirúrgico correspondiente y el médico preventivista del hospital secundario, el gestor de salud, el médico de familia del escalón o de distrito y representantes comunitarios. La unidad o servicio de Medicina Familiar del CS subcomarcal o de distrito se responsabilizaría finalmente de ejecutar y evaluar todos los proyectos mediante los profesionales sanitarios del primer nivel asistencial. Cada especialista de Medicina de Familia atendería la población de los centros de salud rural (5.000-7.000 personas) y los centros de salud subcomarcales o de distrito (30.000 personas) en equipo con algunos médicos procedentes de otras especialidades, y personal sanitario auxiliar. Todos contarían con un área de urgencias para encamamientos no superiores a 72 horas.

Figura 7. Modelo de estructura sanitaria de Segovia de Arana

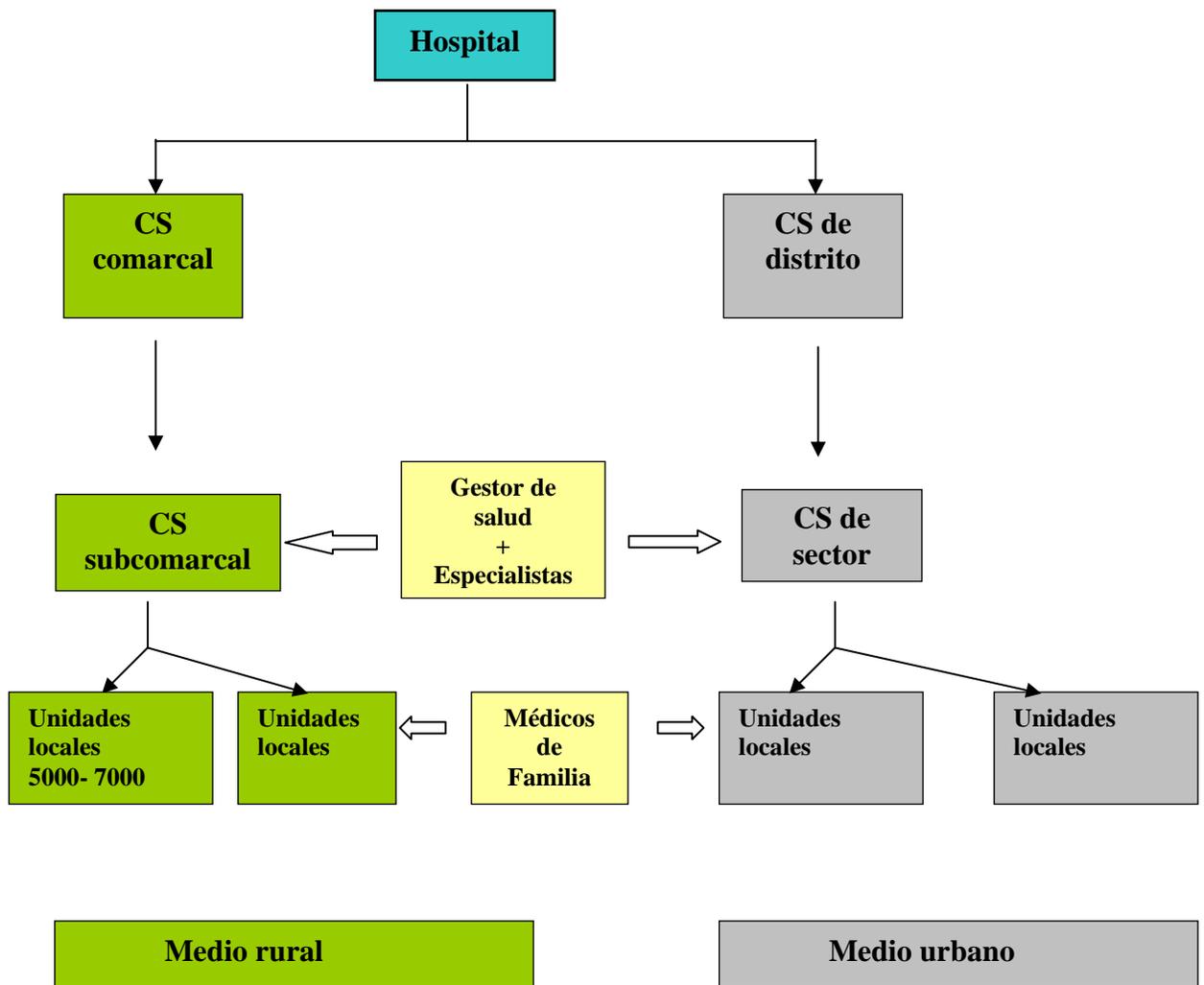
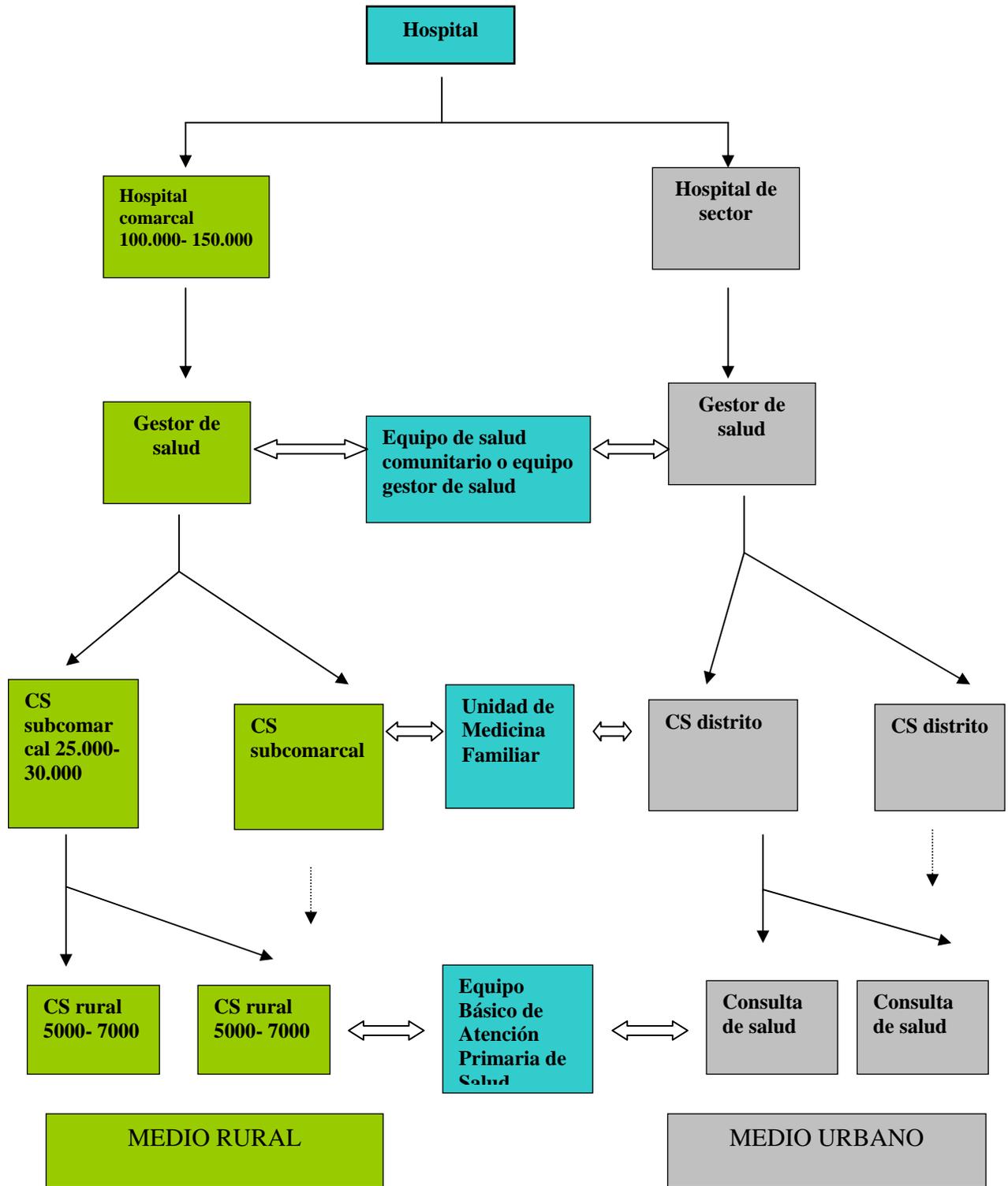


Figura 8. Modelo de estructura sanitaria del Libro Verde



El periodo de definición (1979- 1984)

El médico de familia seguiría la evolución de sus enfermos hospitalizados, visitándolos durante su estancia e interviniendo junto con los especialistas hospitalarios (vinculados al hospital) en las decisiones terapéuticas, asistiendo para su formación continuada a las sesiones clínicas impartidas en el hospital (Libro Verde, 1980: 72- 89; 116- 117).

En el Libro Verde, los residentes desplazaban el CS del nivel secundario de Segovia de Arana al nivel primario (Figura 2). Lo que aquél llamaba CS comarcal, los residentes lo denominaban hospital, trasladando el CS a niveles más básicos. En el modelo ministerial, los médicos de familia sólo tenían cabida en las unidades locales de asistencia, vaciando de contenido los CS, que quedaban en manos de los especialistas (AMGI. Colectivo de residentes, 1981a), mientras que en el de los residentes, los médicos de familia trabajarían en el CS y participarían en el equipo gestor de salud. Se mantenía la dependencia hospitalaria y de los especialistas del segundo nivel.

“...en Octubre yo creo que empezaríamos a trabajar, conseguimos sacar esto, que fue una revolución, porque efectivamente lo que ponía en este libro, que es un libro del Instituto Nacional de la Salud, ponía lo contrario a lo que estaba diciendo Segovia de Arana en ese momento, y sin embargo Ortiz Berrocal y Ramón Sopena, no nos cambiaron ni una coma, esto es lo que supimos hacer en la versión primera, y que nos dio un respaldo de que el INSALUD sacara una cosa, un modelo de centro de salud con el papel de Medicina Familiar importantísimo, yo creo que nunca le agradeceré bastante que se atreviera en aquella época con los R1 recién llegados a que se escribiera un libro y le pusieran, estamos hablando de un año después de la Constitución, o sea casi franquismo todavía, (...) [en] las ideas de los residentes no estaban las ideas de Segovia de Arana. Efectivamente Segovia de Arana, su visión era mucho más, los médicos de familia y los especialistas, pero casi con la tutoría de los especialistas, porque no era todo lo valiente que tenía que ser desde nuestro punto de vista(...)”(Entrevista a EMK).

El mismo grupo de trabajo que elaboró el Libro Verde organizó las “históricas” Jornadas de marzo de 1980. La privilegiada proximidad de los residentes de la Clínica Puerta de Hierro a Ortiz Berrocal, Sopena Monforte y al propio Segovia de Arana, fue aprovechada para obtener los apoyos necesarios en el ministerio (Entrevista a EMK).

“Nosotros habíamos organizado el congreso, el congreso lo organizamos los de Madrid, nosotros trabajamos muchísimo para realizar el congreso, conseguimos que viniera el ministro, conseguimos darle una relevancia a la Medicina de Familia que el Ministerio no se lo hubiera dado, entonces salvo Ortiz Berrocal, insisto y Ramón Sopena que nos ayudaron muchísimo el resto de la gente le daba igual (...) (Entrevista a EMK).

Estas jornadas se archivaron en la mitología de la especialidad porque pusieron de manifiesto la capacidad del colectivo para establecer su propio rumbo. En primer lugar, no era habitual que el Ministerio respaldara iniciativas de residentes. Pero aun lo era menos que lo hiciera sacrificando las propias líneas ministeriales pendientes de aprobación en el Congreso.

En la mayoría de las propuestas que se presentaron en las Jornadas, quedó claro que el CS era el primer nivel de asistencia sanitaria y el lugar de trabajo del médico de familia, al que se le asignaría la dirección. No había especialistas en el CS ni dependencia jerárquica del hospital comarcal, que prestaría su apoyo técnico. En la ponencia de los residentes de Puerta de Hierro y de Vitoria se defendía la autogestión. Había alguna mención a la figura del gestor de salud (como en el programa de formación del hospital Príncipes de España de Barcelona).

Otra de las aportaciones claves de las Jornadas fue el consenso sobre la función integral de la Medicina de Familia. Esta consigna tenía un valor especial pues representaba una ampliación de sus funciones (y poderes) desde el modelo oficial que ponía la medicina preventiva y comunitaria en un segundo nivel, el comarcal y subcomarcal, donde los médicos de familia no tenían cabida. La filosofía de Alma-Ata, que defendía la integración de las funciones preventiva y asistencial en un nivel básico y primario, las experiencias de Tirajana y Montánchez, y el fracaso previo de un sistema sanitario dual, apoyaron la propuesta de atención integral de los médicos de familia (Conclusiones, 1980).

El empeño y la capacidad que demostraron los residentes, en la elaboración del Libro Verde y la organización de las Jornadas, aniquilaron la frágil posición de un gobierno, que había creado una especialidad sin un proyecto consistente.

El periodo de definición (1979- 1984)

Las Jornadas de marzo también destacaron por la expresión de reivindicaciones políticas y sociales, en el más genuino estilo de la transición. Se defendía por ejemplo el avance en el Estado de las Autonomías (Medicina primaria, 1980) y se exigía la financiación a cargo de los presupuestos generales del Estado, la propia de un Sistema Nacional de Salud, y que en aquel entonces constituía el eje de los programas de los partidos de izquierda.

Y entre las conclusiones de las Jornadas se incluyó la de “resolver cuanto antes el problema del subdesarrollo en el que viven muchos pueblos. La administración debe ceder al poder autonómico de cada nacionalidad y región cuanto antes el control de los propios recursos, para posibilitar la elevación del nivel de salud (...)” (Conclusiones, 1980)

Las reivindicaciones más polémicas y radicales fueron las encabezadas fundamentalmente por los residentes gallegos:

“(...) nosotros llevábamos nuestra ponencia y claro, se hablaba de la pobreza, de la marginación, de la miseria, de los datos estadísticos, de las zonas rurales que no tenían acceso a la medicina especializada y bueno, esto les puso nerviosos (...)” (Entrevista a FVT).

Bien sea por la presencia de estas heterodoxias no estrictamente profesionales, bien por las divergencias con el modelo ministerial, lo cierto es que las Jornadas formarían parte de la imagen de insumisión que definió al colectivo

“(...) se fueron, había gente muy radical y al final aquello se prolongó con discusiones y nos quedamos solos, y llegó un momento determinado que nos apagaron las luces para que nos fuéramos (...) en realidad no sabían que hacer con nosotros, se les escapó de las manos, no sabían después de ver en qué había terminado la reunión de Madrid; la sensación era, nosotros hemos tenido una idea muy brillante, os estamos dando mucho y vosotros a cambio sois unos desagradecidos, porque lo único que nos planteáis son problemas, entonces pretenden un poco lavarse las manos (...)” (Entrevista a JSL).

Al margen del avance conceptual mencionado que supuso el reconocimiento del médico de familia como figura clave del CS y el énfasis en la integralidad de su atención, la Coordinadora de Médicos Residentes de Medicina de Familia, exigió a la Administración la docencia de tercer año en CS integrados, lo que desencadenaría una lucha en cada hospital docente para conseguir su puesta en marcha (Gómez

Gascón, 1997; Alvarez, 1999). La Administración se comprometió a la creación inmediata de centros de salud para asegurar la formación del tercer año y a la convocatoria de una reunión en el Ministerio para tratar esta problemática (Libro Azul, 1980; Informe de los MIR, 1981). Estos temas concentrarían todo el interés del colectivo durante los años siguientes.

Uno de los trabajos más interesantes aportados a las jornadas fue el borrador de programa docente, elaborado por una comisión de trabajo compuesta por Martín Zurro y sus residentes de la ciudad sanitaria Príncipes de España de Hospitalet de Llobregat de Barcelona. Su trabajo fue uno de los documentos básicos empleados para elaborar el programa de la especialidad del llamado "Libro Azul".

El Libro Azul salió como segunda edición del Libro Verde en diciembre de 1980, con algunas aportaciones de las Jornadas y de grupos de trabajo como el catalano-balear. En el Libro Azul se afianzaban las directrices apuntadas en las Jornadas de marzo sobre el Centro de Salud como la institución esencial de atención primaria a la que pertenecía el médico de familia. Aunque en el CS podrían trabajar, en función de las necesidades, especialistas que dependerían del hospital, la dirección la desempeñarían los especialistas en Medicina de Familia. Se conservaba el gestor de salud, cuyo papel sería exclusivamente el de coordinación entre niveles. No se hablaba ya de las unidades monográficas de seguimiento y aparecía por primera vez el término "Consejo de Salud".

"(...) sacamos la segunda edición, que ya se editó bien y que conseguimos que a pesar del cabreo que tenía toda la gente del INSALUD de cómo salieron esas Jornadas, de cómo acabaron, Ortiz Berrocal todavía tuvo el valor de financiarnos la publicación del Libro Azul y ponerle el sello del INSALUD, cuando lo que decía el Libro Azul, [en] las ideas de los residentes no estaban las ideas de Segovia de Arana.." (Entrevista a EMK).

La distancia entre los residentes y el gobierno fue aumentando con el tiempo, como lo demuestra la falta de participación de la CNE o representantes ministeriales en esta segunda edición (salvo la de Sopena, que en aquel momento ya no pertenecía a la Administración) (Informe de los MIR a la OMS, 1981).

El periodo de definición (1979- 1984)

A partir de la reunión celebrada el 16 y el 17 de junio de 1980 (Libro Azul, 1980; Informe de los MIR a la OMS, 1981), se mantuvieron frecuentes contactos entre el ministerio y tutores hospitalarios para resolver el problema del tercer año de residencia (véase capítulo 8). Pero en el momento de la edición del Libro Azul, en diciembre de 1980, la Administración no había dado ningún paso para solucionar el problema del tercer año de formación que comenzaría en unos meses (Libro Azul, 1980: 37). La preocupación por esta cuestión trascendió al Parlamento⁴ y multiplicó los esfuerzos periféricos de negociación con hospitales docentes y los responsables provinciales del INSALUD (AMGI. Actas, 10/3/1981).

La presión de las movilizaciones de finales de marzo de 1981 sirvió para que las negociaciones iniciadas en 1980 cristalizaran en la resolución de 25/4/1981. Esta normativa supuso un importante avance, pues permitió la puesta en marcha, a partir de junio de 1981, de las primeras unidades docentes extrahospitalarias, y con ellas, de los primeros CS (Gómez Gascón, 1997; Entrevista a AMZ). No satisfizo sin embargo al conjunto de residentes porque "no contemplaba ningún cambio legislativo de entre los que este grupo consideraba imprescindibles para asegurar un éxito uniforme ni su continuidad, dejando de nuevo al arbitrio de los residentes la buena marcha de la experiencia" (Informe de los MIR, 1981).

Los días 28, 29 y 30 de mayo de 1981, los residentes convocaron una huelga ante la promulgación del R.D. 683/81 de 6/3/1981, que convalidaba automáticamente el título a los APD, contraviniendo lo dispuesto en el artículo 8 del R.D. 3303/78 que otorgaba el título a interinos o fijos que llevaran más de cinco años de ejercicio, tras un cursillo de perfeccionamiento⁵ (con más detalle se expone

⁴ Preocupa el futuro de los médicos familiares: los diputados socialistas (..) han presentado en la mesa del Congreso una pregunta al Gobierno relativa a la Medicina Familiar y Comunitaria. En relación con la estructura sanitaria que subyace a la creación de esta especialidad, preguntaron si hay previsto algún plan para poner en marcha este año una red de centros primarios de salud pensando en los residentes y futuros especialistas en Medicina Familiar. ¿Hasta cuándo- concluyen- el Gobierno va a seguir jugando con el futuro de 771 profesionales que al final de enero pueden convertirse en más de 1200? ¿Cuándo va a dejar de improvisar y cambiar de opinión según los vientos que soplan?_Jano 16- 22/1/1981 nº 454 p. 11. Nuñez, Miguel diputado por el PCE. Sobre la asistencia primaria. El grupo parlamentario comunista y el socialista instigaron en varias ocasiones al gobierno para que adoptara un compromiso con el colectivo de los médicos de familia. Profesión Médica, 22- 26/6/1981. Los parlamentarios preguntan. Tribuna Médica, 905; Julio, 1981, pag. 33.

⁵ Huelga de médicos de Medicina Familiar. Patria, 28/5/1981. AMGI. Borrador, 1981 b). Informe de los MIR, 1981.

en el capítulo 9). Ante lo que consideraban una posición regresiva de la Administración, exigieron una actitud más comprometida con la reforma y con la especialidad, exigencia que se concretaba en la creación urgente de los Centros de Salud y la regulación de las Unidades Docentes según sus criterios (véase capítulo 8), la determinación de un baremo justo que respetara el carácter de preferencia otorgado por el R.D. 3303/78, el cierre de vías alternativas contempladas en el mismo, y la supresión de las oposiciones como vía de acceso a las plazas de APD ⁶. El 29 de mayo de 1981 se reunieron en asamblea en el Colegio de Médicos de Madrid, tras la que se manifestaron pacíficamente, pese a no contar con autorización, ante el Ministerio de Sanidad durante ocho minutos, transcurridos los cuales fueron disueltos violentamente por la fuerza pública⁷. La huelga se desconvocó tras asamblea, a la que se invitó a representantes de partidos políticos, de los que acudieron del PSOE y PCE, que fueron muy aplaudidos. El Ministerio se había negado a negociar el R.D. 683/81, pero a cambio acordaba un baremo favorable a los médicos de familia para el acceso a las plazas y prometía una normativa que permitiera la creación de los CS antes de fin de 1981. La asamblea valoró positivamente la huelga, no tanto por los acuerdos alcanzados con la Administración, sino por el logro de haber difundido la problemática de los médicos de familia y demostrado su capacidad de movilización (de los mil médicos que cursaban la especialidad, aproximadamente 500 se desplazaron a Madrid). En la asamblea se aprobó un escrito a la OMS⁸, que fue enviado en junio de 1981 (Informe de los MIR, 1981).

Del 2 al 7 de noviembre de 1981, los residentes plantearon una nueva huelga, en la que se exigía a la Administración la creación de unidades experimentales y la reconversión de los centros ambulatorios existentes. También se exigía la normativa legal que institucionalizara en un breve plazo las 26 Unidades

⁶ Los médicos de familia anuncian huelga para los días 28, 29 y 30. El País , 26/5/1981, p. 32. Informe de los MIR, 1981. AMGI. Comunicado de la permanente, 1981.

⁷ Huelga de médicos de familia contra la paralización de la reforma sanitaria. El País, 28/5/1981. Informe de los MIR, 1981.

⁸ La normativa para la creación de los centros de salud se promulgará este año. El País, 31/5/1981. AMGI. Comunicado de la permanente, 1981 c).

El periodo de definición (1979- 1984)

Docentes creadas tras la resolución de abril de 1981⁹. En asamblea celebrada en el Colegio de Médicos de Madrid el 5 y 6 de noviembre, los residentes aprobaron un documento básico para la reconversión en Centros de Salud rurales y urbanos ante la imposibilidad de una reforma inmediata (AMGI. Borrador, 1981d). Aunque no se incluyó formalmente en la tabla reivindicativa, tal como se expresó en los comunicados de los residentes a la prensa, no fueron ajenas al descontento la nueva convocatoria para médicos titulares anunciada el 30 de julio de 1981, así como la resolución desfavorable del recurso presentado por los residentes al Ministerio de Sanidad y Consumo, por no contemplar esta convocatoria la condición de preferencia reconocida en el R.D. 33078¹⁰.

La huelga quedó aplazada en espera de una respuesta de la Administración antes del 20 de noviembre de 1981, que no se produjo, por lo que el 21 de noviembre los residentes iniciaron una asamblea permanente en Madrid y el 23 de noviembre de 1981 reemprendieron una huelga tras varios intentos infructuosos de dar salida al conflicto. La asamblea recibió el apoyo del Delegado del Gobierno Vasco, el Director provincial del INSALUD en Vizcaya, del Presidente del Colegio de Médicos de Valencia, y de comités de empresa de distintos hospitales¹¹. El Secretario de Estado para la Sanidad, Luis Sánchez Harguindey, y el director general de planificación sanitaria, Luis Munuera, se comprometieron a través de un comunicado emitido el 25 del mismo mes, a la creación de Unidades de Medicina Familiar y Comunitaria con carácter experimental y se anunciaba el anteproyecto que institucionalizaría las Unidades Docentes y CC.SS. pilotos antes de mayo de 1982, fecha en la que concluía el contrato de la primera promoción de residentes (Comunicado, 1981). No determinaban su número, pero se comprometían a que estuvieran vinculados a un hospital, con asignación de cartillas de una zona geográfica determinada, a la práctica de medicina integral y a la existencia de plazas de Medicina Familiar y Comunitaria. Los residentes decidieron desconvocar la anunciada huelga, ante estos compromisos y la promesa de crear comisiones mixtas

⁹ El número es variable según la fuente consultada, pero oscila entre 20 y 30..Centros de Salud antes de mayo del 82. Noticias Médicas 2/12/1981. p.3. Problemas sanitarios hasta que no se cumplan los puntos reivindicados. Diario de Murcia, 13/11/1981 p.18.

¹⁰ Por una reforma de la Atención Primaria. Noticias Médicas, 29/11/1981. p.3 . Resolución del Ministerio de Sanidad y Consumo. 12/2/1982.

¹¹ Centros de Salud antes de ...

de trabajo en las que tendrían participación. Sin embargo, no aceptaron la negativa del ministerio a crear Centros de Salud rurales “por complicaciones de tipo legislativo” y al proyecto de transformación de los ambulatorios y consultorios que ellos mismos habían elaborado. Generaba además mucha desconfianza entre los residentes la reciente creación de lo que la Administración llamaba 111 Centros de Salud que perpetuaban las características de los consultorios antiguos, con dos horas de consulta¹².

Tras una veintena de proyectos de CC.SS. experimentales entregados a lo largo del siguiente año, los residentes remitieron un proyecto al Director General de Planificación Sanitaria el 5 de mayo de 1982. Las negociaciones se rompieron ante el incumplimiento de sus compromisos y los residentes decidieron convocar una nueva huelga desde el 28 de mayo al 1 de junio (AMGI. Borrador, 1982), con una tabla muy parecida a la presentada en las movilizaciones de noviembre de 1981. La huelga se prolongó hasta el día 6 de junio, acompañada del encierro en el Colegio de Médicos de Madrid de 150 médicos de familia¹³

Este encierro forma parte de la memoria histórica de los médicos de familia, por su carácter movilizador. Por allí pasaron 600 médicos residentes, que se organizaron en talleres, grupos de trabajo y análisis, comisiones para relaciones con otros colectivos, con la prensa y la población, todo ello acompañado de actividades lúdicas (conciertos de música clásica, Aute, Krahe, cine, “fiestas autonómicas”, entre otras). Se envió a un representante de los residentes, Esteban de Manuel Keenoy, a la sede de la OMS en Europa, en Copenhague, para que apoyara las reivindicaciones del movimiento de los médicos de familia (Gómez Gascón, 1997).

“(…) así que hicimos una suscripción, compramos un billete y me fui a Copenhague a pedir una entrevista al director de la OMS y curiosamente no me recibió el director de la OMS, pero me recibió un alto cargo de aquel entonces, que era polaco, Wojtcack, se llamaba, director de planificación (...) yo les expliqué que éramos médicos de familia, que estábamos en el encierro y que necesitábamos que nos apoyaran frente al gobierno español para que saliera la Medicina de Familia y los centros de salud, entonces me dijeron que ellos no podían enfrentarse al gobierno español y tal y cual, entonces

¹² Centros de Salud antes de ...

¹³ Los médicos de familia prolongan la huelga hasta el 6/6/1982 en defensa de sus reivindicaciones profesionales. El País, 2/6/1982.

El periodo de definición (1979- 1984)

estuvimos viendo qué fórmula podían hacer para que aunque no fueran contra el gobierno, sí que nos apoyaran, entonces estuvimos elaborando una carta (...) y nos dijeron pues, ya la mandaremos, no de eso nada, yo me la tengo que llevar porque tengo a los residentes encerrados y como yo vaya sin una carta me matan, entonces escribimos la carta y me la firmaron, y yo, no, no pero tiene que tener registro de salida, porque para entonces ya sabíamos, de ir al Ministerio, que si no había registro (...), entonces hasta conseguí que pusieran el registro de salida, y entonces con esa carta, que me dirigió a mí, pues no la podía dirigir al Ministerio (...) (Entrevista a EMK).

La carta se firmó el 8 de junio de 1982 como respuesta a otra escrita sobre la marcha por Esteban de Manuel fechada el día de antes, siguiendo las instrucciones de Hannu Vuori, Director Regional de Atención Primaria para Europa de la OMS.

“Le llevé el Libro Azul, y entonces me dijo que le había resultado muy interesante, esto también nos venía muy bien porque avalaba en Madrid que esto era una cosa que la OMS avalaba, queríamos que apoyaran nuestras reivindicaciones de los Centros de Salud piloto, y entonces conseguí que pusiera lo de los centros piloto, tiene que poner (...) (Entrevista a EMK).

En efecto la carta oficial de la OMS incluía la siguiente (ver anexo I):

“(...) the plan to establish several pilot health centres is full in line with the policy of WHO approved by Member States and embodied in the Declaration of Alma-Ata. We consider such health centres to be a cost effective and socially acceptable setting for providing a comprehensive range of primary health care services which cover not only diagnostic and therapeutic services but also emphasize promotion of healthy lifestyles and prevention of diseases. Such health centres would also provide an excellent setting for true teamwork between physician, nurses, public health nurses, social workers, etc..” (AFVT. Carta de la OMS, 1982)

Aunque la carta toma sus precauciones para no enfrentarse al gobierno, cumple los objetivos planteados en el encierro, esto es, fundamentalmente el apoyo de la OMS a las reivindicaciones de los residentes.

“..que la OMS escribiera una carta con las cosas que nosotros queríamos en una asamblea en el encierro del Colegio de Médicos [fue un logro] (...) que la carta está hecha al dictado es mucho decir, pero realmente pusieron lo que nosotros queríamos, y con esta carta, más contento que un ocho me volví al encierro (...). Entonces fuimos al ministerio a decir

que la OMS apoya esto, se quedaron alucinados, cómo que la OMS apoya esto, entonces cuando vieron la carta, cambió el tono de los responsables del ministerio y prometieron sacar las unidades piloto, salió la orden y entonces ya dejamos el encierro (...)” (Entrevista a EMK).

El encierro en el Colegio de Médicos constituyó un acontecimiento, un gesto, que cumplió una función identitaria muy importante, además de representar un éxito, pues la Administración respondió con un anteproyecto sobre unidades piloto que, con algunas enmiendas de los médicos de familia, se materializó en el R.D. 2392 de 3 de septiembre de 1982, por el que se crearon las Unidades Piloto de Medicina de Familia (Gómez Gascón, 1997), con un máximo de 20, que incluían: un equipo mínimo de tres profesionales, médicos generales o de familia, pero al menos un médico general de la Seguridad Social, jornadas de seis horas diarias, cupos de 1.500 – 2.000 personas, el emplazamiento en ambulatorios y consultorios ya existentes, y una evaluación a los dos años¹⁴. Esta normativa no afectaba a las comunidades que tenían transferida la sanidad (Andalucía, Cataluña, Galicia y País Vasco). Este R.D. nunca se llegó a aplicar, porque el cambio de gobierno permitió la puesta en marcha un proceso de reforma de atención primaria mucho más ambicioso (Entrevista a EMK).

En los años de conflicto con el gobierno centrista, el PSOE y el PCE apoyaron las reivindicaciones de los médicos de familia, ofreciendo su participación en la confección de proyectos¹⁵. La llegada al poder del PSOE dio un impulso definitivo a la reforma sanitaria y a la especialidad de Medicina de Familia¹⁶, al menos inicialmente.

“ (...) la llegada del PSOE al poder fue vivida por los médicos de familia como una oportunidad, porque habíamos tenido muchos conflictos, que no habían sido resueltos, entonces fue vista como una oportunidad para que despegaran los centros de salud, no sólo las experiencias piloto que estaban pensadas inicialmente, sino como algo más que teníamos unos intereses aparentemente coincidentes y bueno yo creo que no tardaron mucho en hacerse realidad, por lo menos en

¹⁴ AMGI. Borrador, 1982; Decreto sobre Medicina de Familia. Noticias Médicas, 23/6/1982, pag. 7; Creación de las “unidades piloto de Medicina Familiar” El alcázar, 20/8/1982; Próxima implantación de “unidades de Medicina de Familia” experimentales. Ya, 21/8/1982. Uno de los puntos de desacuerdo fue la composición de las unidades piloto: los médicos de familia proponían que sólo participaran especialistas en MFyC, mientras la Administración introducía al menos un médico general que se adscribiera voluntariamente a la unidad, propuesta esta última que fue la que quedó reflejada en la ley.

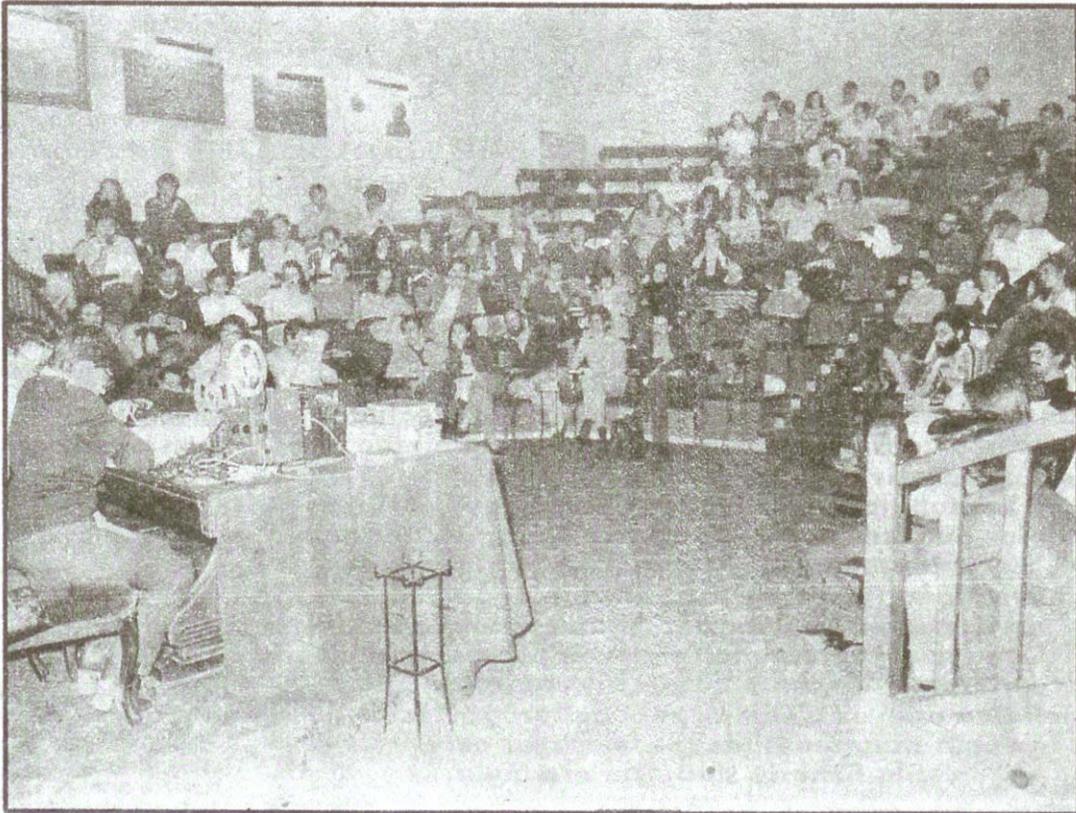
¹⁵ Los médicos de familia prolongan la huelga.... ; El PSOE con los médicos de familia. Noticias Médicas, 13/12/1981.

¹⁶ Palomino y Frías, 1992. La Medicina de Familia adelante. Noticias Médicas, 13/2/1983. pag. 16.

El periodo de definición (1979- 1984)

parte, aunque no exactamente como hubiéramos querido nosotros (...)" (Entrevista a APO).

Todos los programas sanitarios, a excepción de la derecha conservadora representada por Alianza Popular, incluían el cambio de concepto de atención a la salud y no a la enfermedad, la creación de Centros de Salud y equipos



Los especialistas de la Medicina Familiar y Comunitaria, constituidos en asamblea permanente en el Colegio de Médicos de Madrid.

Figura 9. Encierro de especialistas de MFyC en el Colegio de Médicos de Madrid, junio 1982. Fuente: Salud 2000 n° 21, 12/6/1982.

multidisciplinarios. Pero sólo los partidos de izquierda elaboraron propuestas concretas y afines con los principios más progresistas de la reforma sanitaria, a saber, participación comunitaria y compromiso con la Atención Primaria. El PCE hablaba de descentralización, Consejos de Salud, programas, historias clínicas, cita previa y diagnóstico de salud de la comunidad. Sólo el PSOE hablaba de plazas específicas para especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria¹⁷.

La emigración de muchos médicos de familia a puestos de responsabilidad sustrajo parte de su capital reivindicativo y apaciguó las relaciones de estos con el gobierno, al menos durante el primer mandato socialista.

“los cargos que estuvieron en la delegación, bueno, algunos eran sí cargos políticos, la administración del PSOE llamó a las personas indicadas (...) esta gente no tenían ningún tipo de filiación política, algunos de ellos eran y después han seguido siendo militantes del PCE (...) pero otra gente (...) no era ni han sido nunca personas que hayan tenido ningún carné del PSOE, o sea que lo único que había era una ideología detrás de un proyecto de reforma de Atención Primaria, entonces eso enganchaba bastante bien como proyecto de izquierdas y con los médicos de familia y con las ideas que tenían los médicos de familia, sobre lo que había que hacer con la Atención Primaria en este país, pero no eran afiliaciones políticas, eran afiliaciones de ideas, la administración fue la que llamó, la que buscó a las personas oportunas (...) en aquel momento como la intención de cambio era bastante radical, pues se buscaba a las personas que podían hacer ese cambio y no había, estaban los médicos de familia, no había otra gente, (...) la única formación que había en salud pública la tenía esta gente, aunque fuera una cosa mínima...” (Entrevista a ADS).

“(...) había sintonía porque casi todos los directivos de primaria eran miembros de la Sociedad Andaluza [de Medicina de Familia], habían sido residentes hacía poco tiempo, ten en cuenta que era una administración aún embrionaria (...)” (Entrevista a MMJ).

El 19 de diciembre de 1983 se publicó la Orden Ministerial por la que se regulaba el desarrollo de la formación en Atención Primaria de Salud de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. En esta orden se establecían las condiciones mínimas que deben cumplir las Unidades Docentes, fijando los profesionales que debían existir en ellas: coordinador, tutores, técnicos en salud

¹⁷ Se retrasa la huelga hasta el día 2. El PSOE enmienda. Noticias Médicas, 1/11/1981. Programas sanitarios de los partidos políticos. Tribuna Médica, nº961, 15/10/1982. pp. 35- 41.

El periodo de definición (1979- 1984)

pública, personal de enfermería y las funciones específicas de cada uno (véase el capítulo 8).

Pero el respaldo más sustancial a la reforma y la especialidad fue el R.D. 137 de 1984 sobre Estructuras Básicas de Salud. Con él se transformaban las Unidades Piloto en equipos de Atención Primaria, y se hacía una apuesta clara por la Atención Primaria y la Medicina de Familia (Gómez Gascón, 1997). Se delimitaban las Zonas Básicas de Salud, los Centros de Salud y los equipos de Atención Primaria que trabajarían en ellos, especificando su composición y funciones. Para el desarrollo de este R.D. se preveía la creación de 200 centros de salud para 1984¹⁸.

En 1986 se publicó la Ley General de Sanidad y tras un periodo de relativa calma entre los residentes de Medicina de Familia y el gobierno, se inauguró otro periodo cargado de tensiones en torno al mercado laboral. Los médicos de familia percibieron esta conflictividad como falta de apoyo político. A ello contribuyó la ralentización que sufrió la reforma a partir del segundo mandato socialista. Además, el bloqueo procedía de otros colectivos que presionaban al gobierno porque la especialidad dañaba seriamente sus intereses. Estos conflictos emergieron precisamente cuando había pasado suficiente tiempo para que unas cinco promociones de médicos de familia hubieran salido al mercado y sus intereses se solaparan con los del resto de los colectivos de médicos que trabajaban en la Atención Primaria. Estas tensiones se expresarían en el problema de la homologación del título, en las guerras de los baremos, y en el problema surgido a raíz de la normativa europea. Todos son tratados en el capítulo 9. Mansilla (1986,b): 88) aceptaba que el gobierno socialista había tenido dificultades en la potenciación de la Medicina Familiar y Comunitaria como uno de los objetivos de su programa sanitario y reconocía que esta especialidad no había encontrado un apoyo especial dentro del sistema de atención a la salud.

7.2. Apertura de los primeros Centros de Salud

La resolución de abril de 1981 permitió dar salida, al menos provisionalmente, a la formación del tercer año de la primera promoción de los médicos de familia. En las

¹⁸ INSALUD crea puestos de trabajo. El País, 23/5/1984

distintas Unidades Docentes de todo el territorio español se desencadenó una febril actividad para la puesta en marcha de CC.SS que aprovecharan los criterios enunciados en dicha resolución.

En general, se puede decir que, tal y como criticaron los residentes (Informe de la OMS, 1981), la puesta en marcha de tales centros quedó de nuevo pendiente de su entusiasmo y voluntad, lo que ya era la tónica habitual desde que se creó la especialidad. El proceso de apertura se fue generalizando, pero como veremos, no por ello dejó de ser una empresa cargada de escollos, que exigía imaginación y entregas sin límite. La apertura de los primeros CC.SS. alentó la identidad que los médicos de familia habían dibujado en sus años de formación hospitalaria y de lucha en las calles. Pero la historia de obstáculos, retrasos y despropósitos también explica el rechazo de los que no podían compartir ese entusiasmo reformista, y encontraron motivos suficientes para fundamentar su oposición. La propia irregularidad del proceso desgastó considerablemente a los incombustibles médicos de familia.

Los primeros CC.SS aparecieron a partir de los cupos atendidos por médicos que, buscados por los propios residentes, se ofrecían a colaborar voluntariamente. A veces esta colaboración se limitaba a prestar sus cupos (véase capítulo 8). Otro criterio que imperó en la selección de cupos para poner en marcha los Centros de Salud fue la marginalidad de la población. Casi siempre se buscaron poblaciones periféricas de las ciudades, infradotadas sanitariamente y con bajo nivel socioeconómico. En el discurso de los médicos de familia, este interés encajaba en su orientación comunitaria:

“(...) existía dentro del colectivo de residentes como cierta idea de que nuestro papel estaba en el trabajo con las barriadas callejeras, en el sentido de que aquí era donde debíamos trabajar, pues porque este era un barrio donde más se necesitaba la atención primaria, (...) en aquella época éramos más idealistas, más altruistas, existía un sentido del voluntariado, a mí me gustaba trabajar allí, porque allí me necesitaban, esa fama de voluntariado que teníamos los médicos de familia de aquella época tenía una vertiente ideológica y además política(...)” (Entrevista a MMJ).

En esta línea, los residentes de Barcelona elaboraron un anteproyecto para Ciudad de Badía (AAMZ. Bloque catalán de Medicina Familiar y Comunitaria, 1981), para su puesta en marcha en enero de 1982, aunque ésta tuvo que ser aplazada y sus residentes sustituir su propuesta por otra en Justo Oliveras, en Hospitalet de Llobregat,

El periodo de definición (1979- 1984)

que cumplía criterios sociales similares a los expuestos (AAMZ. Residentes y Tutores, 1981).

Hago referencia a este anteproyecto por su organigrama especialmente participativo de la población, que estaría representada en la Junta de Gobierno del centro con cuatro miembros. Incluía especialistas en ginecología, pediatría, odontología, psiquiatría y técnicos en salud pública (3), que también tendrían representación en la Junta de Gobierno y comisiones asesoras. En el anteproyecto se hacía un presupuesto detallado del centro lo que nos habla del empeño y seriedad que este grupo de residentes puso en él.

El interés por ubicar los primeros CC.SS. en áreas deprimidas fue universal, y provocó desavenencias en las Unidades Docentes y situaciones insólitas, como la de los residentes de Clínica Puerta de Hierro:

“Fryeiro hizo la propuesta de Pozuelo y nosotros en aquella época, nos parecía que había que ir a una zona mucho más necesitada, entonces hicimos el planteamiento de ir al sur de Madrid, concretamente a Leganés(...) claro era un poco ilógico porque era el otro extremo, fuera del área de referencia de Puerta de Hierro, (...) finalmente eso no salió así (...) hubo una bronca tremenda.” (Entrevista a EMK)

Este criterio probablemente obedecía a las propuestas importadas de la OMS (Quesada, 1977), pero en la periferia concurrían otras circunstancias útiles que facilitaban el proceso reformador. Se buscaban locales amplios (se calculaba que se necesitan aproximadamente 1.000 m de techo construido en un Centro de Salud para servir a unos 25.000 habitantes), o bien centros donde la mayoría de los profesionales médicos previamente existentes eran contratados interinos y los cambios de personal resultaban relativamente fáciles, posibilitando la convocatoria de concursos para dotar de personal médico con mayor dedicación horaria al nuevo equipo (Villalbí, Guarga , Pasarín et al., 1998).

Por otra parte, el apoyo popular de los barrios más desfavorecidos respaldó e impulsó la apertura de centros, actuando como una fuerza legitimadora muy poderosa y gratificante para los médicos de familia. La percepción social de la mejora de la atención era mayor en las clases bajas que poseían memoria histórica de su carencia (Aranda, 1994).

Para Rosa Medina (1993), la búsqueda de la docilidad de la beneficencia para la experimentación es común a otros procesos de especialización, pero también probablemente se vincule al beneficio de asegurar unos buenos resultados en lugares con una peor situación de partida. El hecho de que la reforma se realizara preferentemente sobre zonas de bajo nivel socioeconómico se tradujo en mejores diferenciales de mortalidad por causas sensibles a la atención primaria de salud (Villalbí, Guarga Pasarín et al., 1999). Llamo la atención sobre la similitud de este fenómeno con el criterio que dictó la implantación de centros en la segunda República, o con el que guió el proceso británico.

En muchos lugares la apertura de CC.SS supuso un aumento de recursos, lo que fue muy bien recibido:

“La gente respondió muy bien, la idea de ellos era: antes había un solo médico y ahora hay seis, (...) podemos ir por la mañana y si no nos gusta, al titular de por la tarde.” (Entrevista a JSL).

En algunos lugares hubo que deshacer malos entendidos, como en el CS de Cartuja, contra el que los vecinos se manifestaron temiendo que ello acabara con la consulta gratuita que pasaba el médico de la Beneficencia con la que el equipo compartía el local. La mediación de una interlocutora social, Fermina Puertas, que luego sería la trabajadora social del Centro de Salud, sirvió para calmar el inicial rechazo de los vecinos (Entrevista a ESG).

Sin embargo la tónica general fue que la población se movilizara para conseguir un Centro de Salud. Tal fue el caso del CS Albaycín, en Granada, que se abrió en junio de 1982.

“..en el Albaycín estaban reivindicando un consultorio desde hacía tiempo en el barrio, de hecho se movió mucho la asociación de vecinos” (Entrevista a ESG).

Las autoridades sanitarias enviaron a un médico general, Antonio Aragón Orellana, que mostró buena disposición no sólo para prestar “sus cartillas”, sino para el trabajo de organización del centro. La labor de la Asociación de Vecinos fue ejemplar, ellos mismos daban los números y hacían los cambios de cartilla (Entrevista a AAO). La

El periodo de definición (1979- 1984)



Figura 10. Primer equipo del Centro de Salud Albayzin, 1982.

Fuente: ACSA



Figura 11. Equipo del Centro de Salud Albayzin, c.1983. Fuente: ACSA

incorporación de una especialista de Medicina de Familia de la segunda promoción, Elia Sevilla, contribuyó notablemente a la puesta en marcha del Centro.

En Murcia, las Asociaciones de Vecinos y de Padres de Alumnos tuvieron un papel importante (AJSL. Memoria de la Unidad Docente, 1982): En el CS de Alberca (Murcia) el local fue cedido por la Asociación de Vecinos, que también se interesó por aumentar el número de médicos. El CS de Cabezo de Torres (Murcia) también se montó en parte en un local de la Asociación de Vecinos,

“un edificio que estaba cochambroso que ellos arreglaron con mimo (...) para el tema de las vacunaciones, la verdad es que se implicaron mucho porque ellos entendieron que era beneficioso para el pueblo. Ellos tenían un coche de esos que anuncian con altavoz, y las campañas de vacunación las anunciaban así, o sea que muy bien (...)”(Entrevista a JSL).

La población recibió con agrado algunos cambios, como la historia clínica personal (Borrell, 1991), o la cita previa, que inauguraron los de Barcelona,

“se apuntaban en un libro de citas, que ya no sólo eran números, sino también visitas programadas, la gente valoró esta actividad muy positivamente (...)” (Entrevista a AMZ).

En el estudio realizado por la Unidad Docente de Deusto (1985), el tiempo que les dedicaba su médico y la receptividad a sus problemas eran los factores más importantes para los encuestados. Consideraban positivo el cambio de modelo, pero valoraban negativamente el cambio frecuente de médico y las preguntas relacionadas con ingresos económicos, profesión y vivienda. Otros cambios por los que la población mostró cierta aprensión fue en el tema de las recetas:

“nosotros en aquella época éramos superrestringidos” (Entrevista a AMZ).

“(...) luego fueron entendiendo, pero los primeros días, tenerte que esperar para una receta y luego resulta que no me la van a dar, pues claro no entiendo nada, antes iba mejor (...)” (Entrevista a DFG).

Una de las ventajas percibidas por los usuarios del modelo ambulatorio clásico era la posibilidad de obtener determinados productos (medicamentos o bajas, por ejemplo), sin control alguno por parte de la Administración. Esta picaresca se vio interrumpida con la llegada de los equipos de atención primaria, más rigurosos en

El periodo de definición (1979- 1984)

sus procedimientos, lo que unido a un aumento de la espera para ser atendido, originó en algunos casos cierta resistencia al nuevo sistema (Borrell, 1991)¹⁹.

En muchos núcleos rurales dispersos, la reforma despertó la oposición de la población al perder la disponibilidad del médico APD (Borrell, 1994; Aranda, 1994; Elola, 1991; Rodríguez, Márquez y López, 1995 a). Algunos Ayuntamientos y equipos de atención primaria se vieron en la obligación de organizar sesiones informativas sobre el nuevo modelo sanitario²⁰ y la adecuada utilización de los servicios, de los que en opinión de los médicos de familia, en muchos casos se abusaba (Bullón, 1989). En otras ocasiones, las campañas divulgativas iban encaminadas a cambiar las expectativas de la población que demandaba especialistas (Moreno, 1988).

Para Borrell (1988), la ausencia de un debate con la población y su sustitución por una tensión dialéctica entre la Administración y los profesionales de la salud, con una relativa marginación de la sociedad, condujeron a ese desencuentro. Estaba bastante arraigada la conciencia de que "la población no se entera", y si bien el apoyo de las barriadas periféricas fue importante, y coherente con la retórica progresista de la especialidad, no se puede decir lo mismo del interés de sectores de clase media y alta. Los propios médicos de familia defensores del sistema reconocen que la corriente de atención primaria y promoción de salud, nunca se articuló con un sector social significativo, e ignoró el papel que juegan las clases medias. Desde la sociología se criticó la ingenuidad de los médicos de familia que no supieron comprender la complejidad y diversidad social, el progresivo peso de la individualidad como valor social, la desconexión del sistema de las clases más marginales y en definitiva, la atomización social actual. La extensión del modelo obedeció más a la presión profesional que popular (Aranda, 1994; Irigoyen, 1994).

El primer CS que se puso en marcha en España fue el de Cartuja, en Granada, el 1 de junio del 1981. Le seguirían Cambre en la Coruña, Pasajes en Guipúzcoa, Justo Oliveras en Hospitalet de Llobregat (Barcelona), Pozuelo de Alarcón, Fuencarral y Orcasitas en Madrid, Cabezo de Torres y Algezares en Murcia.

¹⁹ Sin embargo, en la encuesta de opinión de Gálvez y de la Revilla (1985) el 83% de los encuestados consideraba que se le recetaba lo necesario.

²⁰ Torrepatheco. Información a los asegurados. La Verdad, 28/3/1985.

Si el anteproyecto del CS de Badía era una propuesta de creación *ex novo*, la mayor parte de los que se abrieron inicialmente aprovechaban la estructura ambulatoria previa (AMGI. Borrador, 1981d).

El CS de Cartuja se montó en un local de la Caja de Ahorros de Granada donde un médico de la beneficencia pasaba consulta para pobres por las tardes, sin remuneración alguna (Entrevista a ESG). La población que se le asignó fue la que ya atendían dos médicos de la Seguridad Social, Fernando Puche y Juan Bravo.

El CS Justo Oliveras, de Hospitalet, se montó sobre un ambulatorio ya existente, con los cupos de dos médicos que trabajaban allí, Angel Avilés Carceller y Dolors Forés García y el soporte de tres técnicos de salud²¹. La coordinación del programa corría a cargo del Centro Especial de Medicina Comunitaria de la Ciudad Sanitaria Príncipes de España, creado para dar cumplimiento a la resolución de la Secretaría de Estado para la Sanidad. Este centro recibiría a los residentes de la Ciudad Sanitaria Príncipes de España y Francisco Franco, veinte en total.

El CS de Pozuelo (Madrid) se ubicó en un chalet cedido por el Ayuntamiento²², hasta que hacia 1985 se trasladó a su edificio definitivo.

La distribución de los apoyos conformó un mosaico muy heterogéneo en todo el territorio español.

El respaldo de los hospitales fue muy variable. Así, en Granada, se implicó a la Comisión de Docencia del hospital Virgen de las Nieves en la búsqueda por un CS para realizar el tercer año. Algunos hospitales accedieron a que los residentes hicieran sus guardias de tercer año en los CS (Entrevista a EBB). Otros hospitales, sin embargo, suprimieron las guardias extrahospitalarias y el suministro de historias clínicas (AJSL. Memoria de la Unidad Docente, 1982).

El papel que desempeñó la Administración sanitaria varió de unos sitios a otros. En algunos sitios se caracterizó por la pasividad (AJSL. Memoria de la Unidad

²¹ Entre ellos, Carlos Alberto González, epidemiólogo argentino que “nos facilitó mucho el campo de iniciarnos en la investigación”, (Entrevista a DFG).

²² El Ayuntamiento apoyó desde el principio la iniciativa (Entrevista a EMK).

El periodo de definición (1979- 1984)

Docente, 1982).²³. En otros la complacencia, cuando no el estímulo de algunos responsables sanitarios sensibilizados en general por motivaciones políticas del ámbito de la izquierda, ayudó

" nosotros también en eso tuvimos suerte, porque Justo Oliveras se abrió en Julio de 1981 y aquí había muchos, algunos directores del sector de ambulatorios, que eran de izquierdas, del PSUC, del partido comunista, que les habían dado un poco la consigna de meterse en nuestros lugares de gestión ¿no? (...) uno que estaba en Cornellá, que era de esta línea, me vino a ver, va, por qué no abrimos otro en Cornellá ¿no? Y abrimos el siguiente en Cornellá en febrero del 82 (...)"(Entrevista a AMZ)

"cuando el PSOE ganó en el 82, entraron a trabajar en Sanidad un grupo de médicos de familia (...) que terminaban de acabar la especialidad, porque cambió la dirección política, entonces, pues claro, como no había (...) ningún tipo de herramienta legal a la que ajustarse pues dificultaba las cosas, pero al haber habido el cambio político, también es verdad que determinadas cosas se facilitaban ¿no?, se facilitaba pues que hubiera la posibilidad de hablar con la Caja de Ahorros y que la Caja de Ahorros te diera un sitio, había la posibilidad de gestionar terrenos para construir otros Centros de Salud (...) entonces apoyos institucionales no había pero digamos que había mucha facilidad para sacar adelante las cosas ¿no? (...)" (Entrevista a ADS).

Los Ayuntamientos con mayoría de izquierdas, fueron muy activos, especialmente antes de la llegada del PSOE al poder (Memoria de la Unidad Docente, 1982)

"(...) en aquella época estaba de responsable de Sanidad en el Ayuntamiento de Leganés, Pablo Recio, que luego fue Consejero de Salud del PSOE en Andalucía (...) también le interesaba que allí se creara una unidad docente y se potenciara la idea de la atención primaria, los centros de salud, etc(...)" (Entrevista a EMK).

"Los alcaldes de Parla y Fuenlabrada se encierran en la dirección general del INSALUD, y fuerzan la apertura de un Centro de Salud (...)" (Entrevista a LGO).

Para algunos, la falta de apoyo de la Administración permitía ventajosamente una mayor libertad de acción; pero, en general, en las comunidades autónomas en las que el apoyo de las autoridades sanitarias fue más evidente, el proceso de apertura de

²³

En peligro, la unidad de Medicina Familiar. La Verdad, 16/9/1982.

los CS fue menos tormentoso, aunque las dificultades de infraestructura, el estrés y la desorientación generalizada, no faltaran en ningún caso (Bullón, 1989).

Otros apoyos puntuales se recibieron de los Colegios de Médicos (AJSL. Memoria de la Unidad Docente, 1982).

La falta de espacio fue un problema que se mantuvo hasta fases muy avanzadas de la reforma (Rodríguez, Márquez y López, 1995 b); al principio constituyó un auténtico desafío, pues era realmente complicado introducir a tantos residentes en unas pocas consultas

“(…) de entrada, cuando nos metimos en Justo Oliveras tantos residentes fue un trauma para todos, hicimos cosas que luego se han ido extendiendo, como cuando nos inventamos las consultas comunicadas por dentro (…)” (Entrevista a AMZ).

Hicieron falta algunas remodelaciones arquitectónicas para alcanzar unas condiciones mínimas de bienestar en edificios que, en general, contaban con poco espacio (Entrevistas a ESG, AMZ y JSL). En el CS de Cartuja se dividieron las consultas con mamparas. En otros centros solucionaron el problema del espacio distribuyendo residentes en tareas administrativas (Entrevista a ESG).

A la falta de espacio se sumaba la de del material más elemental. En el anecdotario colectivo figuran los hurtos de mobiliario abandonado para cubrir las necesidades más básicas (Entrevista a ESG, AMZ y JSL):

“(…) los médicos de familia, cuando hacían guardias, se traían los coches cargados, de todo, material del hospital, porque allí nadie llevaba nada a aquel sitio, (...), apoyos institucionales no había, pero digamos que había mucha facilidad para sacar adelante las cosas, no sé, para hacer dos consultas hacía falta una mampara, pues de algún sitio se sacaba” (Entrevista a ADS):

Así lo contaba un periódico murciano: “Básculas de baño y tallímetros (casi artesanales, parecen souvenirs, con una cinta métrica, sólo para niños, adosada a una madera sin pulir) cedidos por el Ayuntamiento de Murcia; seis camillas se exploración (dos de ellas prestadas) y un par de jeringuillas para 1.600 enfermos; mobiliario viejo - e insuficiente- de la vieja Arrixaca; un archivador de historias clínicas que no se abre porque carece de llaves (habrá que llamar a un cerrajero) y un armario que no se

El periodo de definición (1979- 1984)

cierra porque se ha roto; una nevera (ahí se conservan las vacunas) de segunda mano adquirida a un buen amigo, "regateando" su precio como el que compra trapos en las rebajas; los cristales de las ventanas para estudiar las radiografías, pues tampoco hay negatoscopio; ni aparatos de toma de tensión, ni material de sutura, ni electrocardiógrafos; una bombilla de única iluminación en cada sala, donde (...) los pacientes guardan su turno, les da los números de orden un conserje que trabaja gratis, compartiendo su dedicación no retribuida con tres ATS (...) y en vez de ambulancias, (...) el "dos caballos" o la "vespa" del médico, todo eso a cuatro Kilómetros de la mole de la magnífica ciudad sanitaria de El Palmar (...)"²⁴

La falta de personal de enfermería y auxiliares, administrativos y celadores, obligaba a distraer a los residentes de sus tareas formativas y asistenciales. Por otra parte, la remuneración de los pocos que había era irregular e inestable (De la Revilla, 1984), y su procedencia no estaba normalizada, dependiendo de las entidades más variopintas (Hospital, Diputación, Consejería, entre otros) (AJSL. Memoria de la Unidad Docente, 1982). En algunos casos fue llamativo el rechazo del personal auxiliar:

"Por ejemplo, en Justo Oliveras, y esto no es anecdótico, cuando empezamos a montar las consultas, (...) un celador, que por cierto no nos ayudaron jamás, ni a montar ni nada, nos dijo, vais a durar aquí menos que un chupa-chups a la puerta de un colegio, porque la gente prefería dos horas y que no la molestaran mucho (...) los celadores y el personal del parking, no me dejaban aparcar a mí porque como usted va a estar muchas horas, esto es para los doctores que vienen con prisa (...)" (Entrevista a DFG).

La relación con los compañeros médicos generales, que continuaba en sus cupos, también fue en muchos casos mala:

"los compañeros nos trataron mal (...) causamos mucho rechazo entre los compañeros que no se apuntaron, alguno de ellos que me lo dijeron era, porque claro el paso que nosotros hicimos no puede ser ingenuo, que era ponerte a trabajar seis horas cobrando lo mismo que por dos horas, pues una compañera que yo aprecio, que era del Sindicato Médico, me dijo, vosotros aquí empezasteis a hacerlo mal. No deja de tener su razón. Nosotros lo hicimos, porque nos parecía que era bueno, éramos muy jóvenes y no es que te sintieras mal ni bien pagado, pero preferías trabajar bien, y claro las dos horas si quieres hacerlo medianamente bien, ver ochenta es horroroso (...)" (Entrevista a DFG).

²⁴

Muchas dificultades para la Medicina Familiar y Comunitaria. La Verdad, 1/8/1981.

“Allí también fue muy duro, porque la primera vez que llegamos con un fonendo y un aparato de presión, nos dijeron, oye aquí no se mira la presión ni se escucha nada, se manda al hospital, nosotros queríamos ser resolutivos (...) y el médico que estaba, es que vosotros os iréis y vendrá más gente y nosotros tendremos más trabajo (...)” (Entrevista a EBB).

Otros problemas que se suman a los ya mencionados en la apertura de los Centros de las Unidades Docentes fueron la dispersión geográfica del cupo, la falta de técnicos de salud y de presupuestos (Gobierno Vasco, 1985).

El desarrollo del R.D. 137/84 a través de la O.M. De 26 de marzo de 1984²⁵ puso en marcha una intensa actividad para dar cumplimiento a la creación de 200 CC.SS. que se prometían para ese año. La medida fue anunciada con ostentación por las autoridades políticas y se divulgó generosamente en la prensa médica y no médica²⁶. Transcurridos los dos primeros años de la reforma de la Atención Primaria con el Decreto de Estructuras Básicas, el proceso de apertura de CC.SS se frenó bruscamente durante 1987 y 1988, periodo con grandes restricciones presupuestarias, en el que fue cuestionado el modelo escogido (Ruiz Giménez, 1990: 102; Elola, 2001²⁷). La masiva apertura de CC.SS no se hizo conforme a las expectativas de los colectivos más interesados en ella. Los retrasos sobre los plazos prometidos y la precipitación provocaron el descontento de los grupos más afines a la reforma (Elola, 1991), y dio no pocos argumentos a sus detractores. La mayor parte de los profesionales involucrados en el proceso de reforma de la Atención Primaria se quejaron de que la implantación debía haber sido más decidida, rápida (Aranda, 1994), y promocionada desde la Administración (Borrell, 1991).

²⁵ Orden de 26 de marzo 1984 (M^o Sanidad y Consumo). Regula el sistema de provisión de vacantes de personal sanitario en los Equipos de Atención Primaria por el procedimiento de concurso libre. B.O.E. De 31 de marzo de 1984 (núm. 78).

²⁶ A partir de los anuncios de oferta de trabajo y concursos públicos para la ejecución de obras de El País, aparecidos en todo el año 1984, se puede confeccionar un mapa de creación de esos primeros Centros de Salud de España. En ellos siempre reza: “El INSALUD crea puestos de trabajo para una mejor asistencia sanitaria”.

²⁷ Esta periodización coincide con la de Elola. Para este autor, las restricciones económicas parecen haber impulsado más eficazmente políticas de racionalización y, en este sentido, mejora del sistema sanitario público español, que las épocas de crecimiento económico importante las cuales se han acompañado de políticas de “más madera”, que han evitado enfrentarse a los déficits del sistema. Así la primera etapa (1984- 1986) estuvo marcada por un crecimiento económico lento y una fase activa de reformas, mientras que la segunda etapa (1986- 1989) corresponde a una crisis con un crecimiento económico rápido



Figura 12. Folleto divulgativo de los Centros de Salud en Andalucía (1), c. 1984. Fuente: ACSA



Figura 13. Folleto divulgativo de los Centros de Salud en Andalucía (2), c. 1984. Fuente: ACSA

El periodo de definición (1979- 1984)

El INSALUD durante 1984 a 1986 presupuestó y gestionó los primeros equipos que se pusieron en funcionamiento en los territorios autonómicos gestionados por el organismo central. En este primer periodo se aprecia un pequeño esfuerzo inversor y de voluntad política de reorientación del subsistema sanitario de la Seguridad Social (Ruiz Giménez, 1990). Para Elola, la ralentización posterior que sufrió la reforma no se debió sólo a la restricción presupuestaria, sino también a la necesidad de dar solución a un conjunto de problemas no resueltos por el R.D. de Estructuras Básicas. Entre estos problemas debemos destacar el retraso en los acuerdos entre el INSALUD y las CC.AA. para la progresión de la reforma (firmados a partir de 1986) y el de la gestión de personal, como el sistema retributivo y los concursos de traslado, que fueron regulados en 1988 y 1989, respectivamente.

Además de lento, el proceso de implantación de la reforma fue irregular y heterogéneo, sometido a arbitrariedades políticas, con grandes diferencias entre comunidades autónomas y entre medio rural y urbano (Ruiz Giménez, 1990).

Las CC.AA. con competencias en materia sanitaria siguieron ritmos muy diferentes: a finales de 1988, la comunidad donde más desarrollada estaba la reforma era Navarra. Andalucía, segunda comunidad autónoma con competencias plenas, desarrolló su marco legislativo en 1985 e inició inmediatamente, la implantación de los primeros equipos, proceso que se frenó entre 1987 y 1988. El País Vasco y Valenciano recibieron las transferencias del INSALUD en 1988 con un grupo de equipos de atención primaria en funcionamiento. Galicia, a la espera de la resolución del recurso por conflicto de competencias presentado contra el R.D. 137/1984, y Cataluña, fueron las últimas en iniciar la reforma en España (Carro, 1985). La *Generalitat* catalana, primera administración autónoma con todas las competencias en materia sanitaria, dedicó el periodo de 1984 a 1988 a la planificación y desarrollo legislativo de la Reforma de la Atención Primaria. El Decreto de Atención Primaria fue publicado el 21 de marzo de 1985, y remedó el del INSALUD (Foz, 1995), pero hasta octubre de 1987 no se aprobó el programa de implantación de la reforma y las primeras unidades básicas no se pusieron en funcionamiento hasta 1988.

La evaluación del proceso se ve dificultada por la ausencia de una información válida y con indicadores homologables para todo el territorio español.

Hasta 1986, el INSALUD no introdujo un sistema de información y evaluación periódica del proceso de implantación de los Equipos de Atención Primaria (EAP) que dependían del territorio de su competencia.

Tabla 3. Evolución de dispositivos relacionados con la asistencia primaria en territorio INSALUD

Años	EAP	Centros de orientación familiar	Unidades de Salud Mental	Unidades de Psicoprofilaxis obstétrica	Unidades de Rehabilitación
1987	426	90	80	205	32
1988	510	93	83	276	92
1989	716	128	127	415	144
1990	977	128	163	479	204

Fuente: Memorias del INSALUD, Años 1987-1990

En la Tabla 3 se exponen los datos que ofrecen las memorias del INSALUD, de 1987 a 1990. La fiabilidad de estos datos queda mermada por las siguientes limitaciones:

- Estos datos excluyen los de las CC.AA. con la sanidad transferida (País Vasco, Andalucía, Cataluña y Comunidad Valenciana).

- Se refieren a centros autorizados, ignorando en qué plazo se pusieron en funcionamiento.

- No hay una coincidencia exacta con los datos que ofrecen otros autores (Elola, 1991: 138; Ruiz Giménez, 1990: 104) de fuentes similares (memoria de la Subdirección General de Gestión de la Atención Primaria).

La creación de estructuras auxiliares de atención primaria (centros de orientación familiar, unidades de psicoprofilaxis obstétrica y unidades de salud mental) debe interpretarse en la línea de indecisión que impedía a la Administración apostar claramente por la reforma. Hacia 1979, tras el triunfo de fuerzas de izquierda en las elecciones municipales, emergieron Centros de Promoción de Salud

estimulados por el retraso que sufría el proyecto reformador del gobierno centrista. Estos Centros contaban con un fuerte respaldo popular y tenían una función más preventiva que asistencial, aunque sus objetivos eran variables. Las iniciativas que los impulsaron fueron muy heterogéneas y dependían de las voluntades políticas de los equipos gobernantes de turno. La composición de sus plantillas tampoco era uniforme. Incluía desde internistas, profesionales de ginecología, psicología, psiquiatría, pediatría, salud pública, cirugía, veterinaria, farmacia, matronería, asistentes sociales y personal auxiliar²⁸. Muchos de ellos fueron el primer laboratorio en el que se trabajó bajo las premisas del nuevo modelo: trabajo en equipo, diagnóstico de salud, educación para la salud, planificación familiar... En algunos sitios estos centros habían participado incluso de la primera fase reformista, como en el caso de Cabezo de Torres, de Murcia²⁹. Aunque representan el papel movilizador de la ciudadanía en el primer periodo reformador (Fuentes, 2001: 224)³⁰, su continuidad una vez iniciada la reforma, aumentaba la confusión, pues era contraria a la integralidad que la inspiraba (Raventós, 1982). Para otros autores la creación de estos centros reflejaba la precariedad de sus servicios en la atención primaria a pesar de la reforma (Elola, 1991).

A pesar de todos los obstáculos, en 1990 parecía un hecho evidente que la estructura organizativa de la reforma de la atención primaria se había consolidado. Existía una aceptación del modelo por la mayoría de los profesionales que trabajaban en asistencia primaria (Elola, 1991) y se había alcanzado una cobertura próxima al 50% de la población (Borrell, 1991).

7.3 Los Consejos de Salud

²⁸ 18 centros municipales de salud se ocupan de la planificación familiar en Madrid y provincia .El País, 11/11/1981, p.26. 21 centros de salud. Tribuna Médica, 914; 9/10/1981.p. 26. Primera experiencia colectiva. Noticias Médicas , 31/10/1982. pag. 9. La inclusión de médicos de familia era excepcional.

²⁹ Las pedanías, amenazadas por el posible cierre de 19 consultorios. La opinión, 13/2/1990.

³⁰ Esta autora reflexiona con nostalgia sobre cómo los equipos de atención primaria "fagocitaron" estos centros municipales, sin reparar el vacío que dejó la usurpación de sus postulados preventivos y participativos.

La participación comunitaria pasa por ser uno de los principios más innovadores y de más valor en el modelo de salud que se instauró en España a principios de la década de 1980³¹. Sobre ella volveremos más adelante, como parte del cuerpo doctrinal de la especialidad. En el siguiente apartado me centraré en las estrategias de participación puestas en marcha como una actividad paralela al Centro de Salud, que encontró en el Consejo de Salud su exponente más clásico, pero que incluía, a veces, otras actividades de apertura a la comunidad .

En las propuestas de las Jornadas de 1980 se hablaba de Consejos de Salud y también en los programas electorales de izquierdas de 1982 (Alvarez, 1998). El artículo 29 de la Constitución reconoce el derecho de los ciudadanos a la participación en el sector sanitario. La Ley General de Sanidad articula fórmulas de participación ciudadana a través de Consejos de Salud de la Comunidad Autónoma, Área y Zona, de los que sólo se pusieron en práctica los de Zona. Aunque la Ley General de Sanidad orienta sobre sus funciones y composición, la reglamentación de los Consejos de Salud es competencia de las CC.AA.³², lo que ha producido grandes desequilibrios en su institucionalización. Hasta finales de 1990, cinco comunidades tenían reglamentados los Consejos de Salud de Zona básica (Castilla y León³³; Navarra³⁴; Canarias³⁵; Comunidad Valenciana³⁶, Aragón³⁷). En otras siete sólo se contemplaban el Consejo de Salud autonómico y el del Área de salud. En el resto no existía, antes de 1990, legislación específica al respecto, siendo llamativo el caso de Andalucía, pues, aunque fue pionera en experiencias sobre los Consejos de Salud, fue de las pocas CC.AA que no les dio regulación hasta 1995.

³¹ En Gran Bretaña los Consejos de Salud existieron en el NHS a partir de 1974, aunque su vida fue corta por su escaso éxito (Loudon, Horder, Webster, 1998).

³² Antón I., Antoñanzas A. Puente M. A. y Subias P. Consejos de salud. Atención Primaria. 1992; 9(8):410-411.

³³ Decreto de 20 de Junio de 1985, núm. 60/85 (Consejería de Bienestar Social). Boletín Oficial de Castilla y León de 2 de Julio de 1985. artículos 11, 12, 13.

³⁴ Decreto Foral 30 de Mayo de 1986, núm. 148/86. B.O. Navarra de 11 de junio de 1986 (núm.73).artículos 8, 9, 10.

³⁵ Decreto 10 de Enero de 1986, núm. 2/86. (Consejería de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social de Canarias). B.O. Canarias de 24 de enero 1986 (núm. 10). artículos 12 y 13.

³⁶ Decreto de 21 de marzo de 1986, núm 42/86 (Consellería de Sanidad y Consumo). D O Generalitat Valenciana, 28 de Abril de 1986 (num. 369). artículos 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31,

³⁷ RD 61/1987 de 23/5/1987, artículo 12. Derogado al crearse el Servicio Aragonés de Salud, por el decreto de 3/4/1990, num. 51/90, artículos 40, 41, aunque en lo referente a los consejos de salud de zona no hay muchas diferencias.

El periodo de definición (1979- 1984)

Otras normativas sobre participación ciudadana en el Sistema de Salud se hallan en la Ley de Bases de Régimen Local de 1985³⁸, el RD 2568/1986 sobre Reglamento de Organización, Funcionamiento y Régimen Jurídico de las Entidades Locales³⁹ y la Ley 26/1984 General para la Defensa de los Consumidores y los Usuarios⁴⁰ (Buitrago, Marroyo y Botejara, 1990; Turabian, 1991a).

La composición de los Consejos de Salud de Zona era más o menos homogénea en la legislación de las diferentes comunidades autónomas: Ayuntamiento, Equipo de Atención Primaria, sindicatos, empresarios (Navarra y Canarias) y asociaciones ciudadanas. El presidente venía ya determinado en Extremadura y Castilla- León (coordinador médico). En Aragón era cualquier miembro del Consejo pero elegido por la Administración (en la ley de 1987 era elegido por el Consejo), en Canarias era un representante de la Consejería de Sanidad y en Navarra era elegido por los representantes de los Ayuntamientos.

La financiación de los Consejos sólo estaba regulada en la Comunidad Autónoma de Aragón. Las funciones eran las mismas en todas las autonomías: participar en el diagnóstico de salud de la zona y en la planificación de programas de salud, promover la participación comunitaria, informar en la memoria anual y el funcionamiento interno del equipo (en algunos casos, incluso participar en la de la decisión de instalar consultorios locales) y, en definitiva, canalizar las sugerencias e iniciativas de los usuarios.

Algunos profesionales denunciaron que la falta de legislación hacía de barrera al desarrollo de los Consejos de Salud (como ocurrió en Murcia, 1989). Para Vuori (1992) la participación democrática sólo es posible cuando el mecanismo ha sido institucionalizado y basado en la ley más que en la benevolencia de los profesionales.

Aunque algunos autores reconocían que el apoyo inicial de la Administración desempeñara un papel importante, no podemos establecer una relación directa entre legislación y desarrollo de la participación comunitaria.:

³⁸ Ley 7/1985. Título II. Capítulo III. Art. 25. Competencias Sanitarias. Título IV. Art. 69, 70, 71, 72 sobre información y participación ciudadana.

³⁹ Art. 130 y 313: de los Consejos Sectoriales; Art 227 a 236: Sobre información y Participación Ciudadana.

⁴⁰ Arts. 20, 21, 22 sobre representación, consulta y participación.

“en teoría en aquel momento el PSOE estaba interesado en que funcionaran. Entonces la Delegación Provincial de Sanidad, (...) yo creo que cuando se transformaba un consultorio antiguo en un Centro de Salud, yo creo que estaba interesada en que se hiciera el Consejo de Salud, por lo menos que se formara, que en la primera reunión se conocieran los grupos que tenían que estar, que se hiciera la primera reunión y el delegado provincial iba allí y hablaba diez minutos (..) a ese efecto los centros que se transformaron en aquella época, yo creo que constituyeron Consejos de Salud formalmente, otra cosa es que después de la primera reunión a lo mejor lo dejaron (Entrevista a JTF).

Muchas de las experiencias ocurrieron en comunidades donde no existió normativa que las legislaran (Andalucía, Galicia, Cataluña, País Vasco, Madrid, Murcia), y alguna otra nació previamente a la aparición de tales normativas (Consejo de Salud de Polígono Industrial de Toledo; Novelda (Alicante); Canarias). Por otra parte la continuidad de los Consejos de Salud que aparecieron a raíz de las leyes autonómicas, fue escasa e irregular (Castilla La Mancha; Castilla y León), y dependió del interés de los profesionales. Finalmente, el cumplimiento de la legislación tampoco fue estricto.

Por tanto, podemos decir que la implantación y evolución de los Consejos de Salud dependió fundamentalmente de la motivación de los profesionales de los propios centros. El comienzo de los Consejos se relacionó con el entusiasmo de los primeros médicos de familia (Cambre, Cartuja, Polígono Industrial Toledo, Canarias...). El contacto con la comunidad era uno de los primeros objetivos cuando se implantaba un nuevo equipo, por lo que se puede decir que el ritmo de apertura de los Centros fue un factor más influyente en la aparición de los Consejos de salud que la legislación. La participación era un principio en sí mismo, en una sociedad democrática. Predominaba un gran activismo y voluntarismo (Irigoyen, 1994). Como ocurrió con otras actividades de la nueva especialidad, no hubo mucho trabajo inicial de consenso entre grupos de distintos puntos del país, sino que se crearon experiencias particulares, que reconocían su inspiración en los informes de la OMS, más como una declaración de principios que un manual de normas prácticas.

La existencia de redes sociales previas facilitó el funcionamiento de los Consejos de Salud. En Vallecas existía una Coordinadora de Sanidad desde 1979, dedicada a sensibilizar a la población, a intervenir en problemas concretos de organización sanitaria y a presionar por la implantación de la reforma en el distrito. El

El periodo de definición (1979- 1984)

Equipo de Atención Primaria incorporado a esta coordinadora participó en sus reuniones semanales desde 1989, creándose un Consejo de Salud informal (Uriarte y Ruiz Gimenez, 1993). El cooperativismo del alto Deva estimuló la participación ciudadana en el Consejo de Salud del valle de Léniz (Alava, 1983) (Turabian, 1991a): 115). El Consejo de Salud del barrio del Polígono Industrial de Toledo (1986), fue una decisión compartida que surgió de la colaboración del equipo y la Asociación de Vecinos, que era muy activa y había reivindicado la instalación del Centro en su barrio:

“empezaron a verme, a hablarme representantes de la Asociación de vecinos del barrio, parece que el Centro de Salud, aquí, cuando se inicia, es un poco a petición, o exigencia de los vecinos, fundamentalmente en ese momento articulados por la Asociación de vecinos. Entonces vivían la aparición de este centro como el logro de algo que habían reclamado y parece que estaban muy interesados en ello (...) y empezaron a preguntar aspectos del centro, de los horarios, de qué se iba a hacer, de qué no, y ahí empecé a tomar contacto con gente que se mete, que participa y empieza a preguntar cosas (...) cómo se hace el reconocimiento a los niños de no sé que edad, (...) pues pensamos que debe haber un tipo de lugar dónde periódicamente se traten estos temas, y se pensó hacer un consejo o un comité, y justo cuando se está planeando se publica oficialmente la creación de los Consejos de Salud (...) no había nada [legislación] bueno pues vamos a inventarnos un Consejo de Salud (...) quién tenía que estar, dónde teníamos que pedir autorización (...) una trabajadora social que conocía este tema, yo estaba aprendiendo a partir de ahí (...) (Entrevista a JTF).

Los médicos de familia entendían el Consejo de Salud como un instrumento para despertar la conciencia de la comunidad (Irigoyen, 1994) y en algunos casos ejercieron efectivamente como dinamizadores sociales, potenciando la creación de grupos que empezaron a funcionar autónomamente (Comisión de Sanidad de Montánchez, Asociación de Mujeres del barrio Polígono Industrial de Toledo).

Los primeros Consejos de Salud se emplearon como medidas de presión para conseguir cambios positivos. En el CS Vicente Soldevilla, a demanda de la Asociación de Vecinos de San Diego, se realizó el estudio de dos núcleos de infravivienda existentes en el barrio. La población afectada colaboró en el informe, que tuvo gran repercusión en los medios de comunicación y en las instituciones responsables. En Novelda (Alicante, 1985) fue destacable el papel del Consejo de Salud como órgano de presión en la conservación de las consultas de enfermería, ante la postura opuesta del Colegio de Médicos (Ribas, Sendra, Miralles et al., 1987). El Consejo de Salud de

Alsasua (Navarra, 1987) consiguió ampliar las prestaciones sanitarias a las de ginecología y la creación de una comisión ciudadana para estudiar los problemas que pudiera causar la instalación de una empresa de amianto y lograr la llegada del teléfono público a los pueblos (Pérez Jarauta, 1988).

Algunos Consejos de Salud nacieron del apoyo popular a reivindicaciones sanitarias y en este sentido los médicos de familia se sirvieron de ello (O`Sanahan, 1979; Ribas, Sendra, Miralles et al., 1987). Para Irigoyen (1994) el principal factor que les impidió progresar fue, precisamente, esta actitud reivindicativa, que espantaba a los representantes de la Administración.

No hubo grandes diferencias en cuanto a las funciones y composición de los Consejos de Salud en las zonas legisladas y no legisladas, aunque a diferencia de la rigidez que imponían las leyes autonómicas en cuanto a representatividad, en muchos de los Consejos de Salud de las zonas no reguladas la convocatoria estaba abierta a todos los ciudadanos que quisieran participar. En otros, el mismo Consejo de Salud marcaba la composición, que normalmente incluía más representantes de los ciudadanos de lo que marcaba la ley. La Administración no estaba representada en todos los Consejos, como en el de la Ñora (Murcia, 1989), Vicente Soldevilla (Madrid, 1989), o el del C.S. Occidente (Córdoba, 1990). En algunos se pedía representación a las Facultades de Medicina (Murcia, 1989), sindicatos (Murcia, 1989), partidos políticos (Murcia, 1989) y Hospital (Cartuja, Granada, 1983).

La definición de funciones se ajustaba más a lo marcado por la ley, aunque su capacidad ejecutiva era muy escasa, lo que se ha señalado unánimemente como causa de su fracaso final. La mayoría de los temas tratados eran sobre salud pública, higiene medioambiental y organización asistencial, aunque el último fue cediendo terreno al primero. Las demandas de información (médica y administrativa a partes iguales) ocupaban el tercer lugar. El escaso interés que despertaban estas últimas actividades sorprende en cuanto a que eran las que más frecuentemente partían de las iniciativas de los propios equipos (Ribas, Sendra, Miralles et al., 1987). También sorprende que las actividades más tratadas, las de salud medioambiental, sean aquellas por las que se le supone poco interés a la población (Vuori, 1992).

El periodo de definición (1979- 1984)

En muchos centros los Consejos de Salud formaban parte del plan inicial de actividades de apertura (registro, investigación, docencia, trabajo con la comunidad...). Es lo que Wiedmaer (1993) llama estrategia "a centro abierto". Implica asumir de golpe toda la problemática de desarrollo del Centro de Salud y también de la participación comunitaria, en la idea que están tan condicionadas una y otra, que en el proceso de desarrollo se ayudarán recíprocamente. Esta concepción holística resultó muy positiva en el CS Vicente Soldevilla (Vallecas, Madrid), que se considera modélica. En Cambre, se aprovechó el diagnóstico de salud de apertura para conocer a la comunidad y contactar con ella (AFVT. Participación, 1982). Pero en Castilla La Mancha, dónde los Consejos de Salud se organizaban paralelamente a la apertura de los centros (en Guadalajara la iniciativa partió de la dirección provincial del INSALUD) la continuidad de los mismos fue mínima (Turabian, 1991a): 115; entrevista a JTF).

En otros casos, el equipo se abrió a la comunidad una vez que el centro había superado una primera etapa de organización interna. Es lo que Wiedmaer llama estrategia "centrada en el equipo". Así ocurrió en los Centros de Salud de Santa Maria de Gracia y La Ñora, ambos en Murcia (1989) (Barceló, Martínez, Sánchez et al. 1992), que funcionando hasta ese momento básicamente a demanda, empezaron a responder peticiones aisladas de charlas y contactar con personas representativas de la colectividad, concluyendo con la formación de los Consejos de Salud. De la misma manera comenzaron los de Cartuja (Granada, 1983) (De la Revilla, Gálvez y Delgado, 1985⁴¹), Riaza (Segovia, 1987) (Turabian, 1991a), y Occidente (Córdoba, 1990) (Redondo, Llucho, Prados et al. 1994).

El equipo del Polígono Industrial de Toledo (Turabian, 1991a: 120- 3 y 199- 235) articuló su plan de salud alrededor del Consejo de Salud, es lo que Wiedmaer llama estrategia "centrada en el Consejo de Salud". Los representantes del Centro distribuyeron entre los miembros del Consejo los datos de salud de los que disponía. Los problemas y necesidades de salud se valoraron a partir de los datos de mortalidad, morbilidad y encuesta de salud. La comunidad organizada realizó todas las etapas del ciclo de planificación: diagnóstico, programación y ejecución. El trabajo de planificación participativa terminó en 1987 y dio paso a la ejecución de los programas.

⁴¹ Si bien, las actividades de contacto con la comunidad empezaron simultáneamente a la puesta en funcionamiento del Centro de Salud.

Los problemas detectados en el desarrollo de los consejos de salud comunitaria son los siguientes:

- Ausencia de cultura participativa en la población (Antoñanzas, 1994). Algunos de los representantes elegidos no participaban. La comunidad frecuentemente presentaba el problema, sin asumir responsabilidades en su resolución (De la Revilla, Gálvez, Delgado, 1985; Ribas, Sendra, Miralles et al., 1987).

- Problemas de representatividad (Antoñanzas, 1994; Álvarez, 1998). Existía demasiada presencia institucional (Botejara y Cordero, 1990). Además muchos de ellos no mantenían una comunicación con la comunidad a los que representaban, lo que reducía su legitimidad (De la Revilla, Gálvez, Delgado, 1985). La pasividad de los representantes que delegaban frecuentemente en los sanitarios no facilitaba una verdadera participación (Irigoyen, 1994)

- Falta de capacidad decisoria del Consejo en los problemas de salud y en la gestión de los servicios sanitarios (Antoñanzas, 1994) . Además, los representantes de la Administración y el Ayuntamiento no tenían capacidad de acción, por lo que

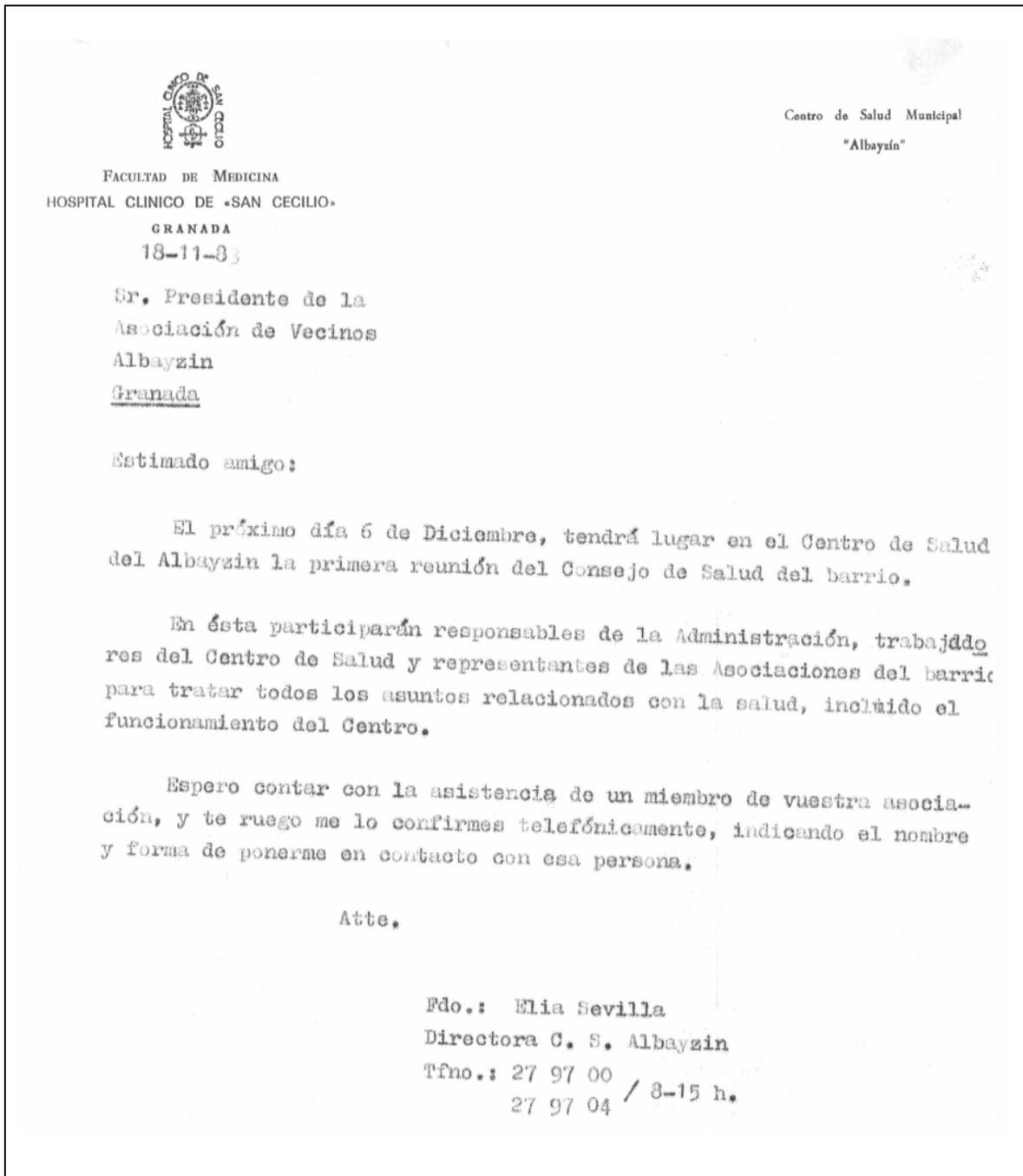


Figura 14. Carta de la directora del C.S. Albayzín a Asociación de Vecinos, 1983. Fuente ACSA.

muchos de los problemas planteados no tenían una solución local inmediata. De hecho, se le critica a la participación comunitaria que la mayoría de los más importantes problemas de las comunidades que se relacionan con la salud, no son solucionables a nivel local (empleo, sueldo, guerra..) (AFVT. Participación, 1982; De la Revilla, Gálvez, Delgado, 1985; Ribas, Sendra, Miralles et al., 1987; Turabian, 1991 c); Botejara y Cordero, 1990).

- Falta de formación e información de sus componentes (Botejara y Cordero, 1990; Antoñanzas, 1994).

- Poco apoyo institucional. Prueba de este desinterés es el retraso en la legislación y constitución de los Consejos o la rápida desaparición de la participación comunitaria en los criterios de actuación del INSALUD desde el periodo 1989-1990 al periodo 1991- 1992 (Rodríguez Ocaña, 2001c; Elola, 1991). Esto era frecuentemente denunciado por la prensa médica (Rodríguez, Márquez, López, 1995 a) y los usuarios (AENSP. Subcomisión de la Federación Española de Asociaciones de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios, 1990).

- Persistencia del modelo curativo que margina las actividades comunitarias del resto de las actividades del equipo y las deja a merced del voluntarismo (Irigoyen, 1994; Redondo, Lluch, Prados, 1994).

- Desconfianza y miedo a que los ciudadanos defiendan intereses contrapuestos a los sanitarios (Botejara y Cordero, 1990; Antoñanzas, 1994). La distancia entre algunas necesidades sentidas y los recursos reales existentes generaba conflicto entre los profesionales que participaban y los representantes de la comunidad (Redondo, Lluch, Prados, 1994). Los profesionales sanitarios adoptaron un papel excesivamente protagonista en la resolución de problemas (Irigoyen, 1994), lo que desvirtuaba la utilidad motivadora de los Consejos para los ciudadanos. Era frecuente que los sanitarios instrumentalizaran los Consejos para conseguir sus objetivos, sin contar con las aspiraciones ni opiniones de los usuarios⁴². Y esto era así, porque las dificultades no eran sólo debidas a discrepancias a la hora de definir o

⁴² Sirva para ilustrar como ejemplo el que en una de las primeras reuniones del Consejo de Salud de Cambre, se solicitó por escrito a las autoridades competentes la institucionalización de la Unidad Docente como unidad piloto de Medicina Familiar (AFVT. Participación, 1982).

El periodo de definición (1979- 1984)

priorizar las metas a alcanzar, sino a problemas para llegar a un mutuo entendimiento, debidos a diferencias culturales y de lenguaje entre los técnicos sanitarios y la comunidad (De la Revilla, Sevilla, 1987; Turabian, 1991c). Para Vuori (1992) es difícil que los ciudadanos se preocupen en cuestiones preventivas que no tengan una traducción en medidas concretas, de las que puedan conseguir un beneficio inmediato, pues la gente no se interesa en los beneficios futuros o los que reciben otros. La salud normalmente no es una prioridad alta para aquellos que disfrutan de buena salud. Por otra parte, en poblaciones desarrolladas que ya que tienen solucionados los problemas básicos de salud, está más arraigada una mentalidad individualista, reparadora y consumista (De la Revilla, Sevilla, 1987; Buitrago, Marroyo, Botejara, 1990)⁴³. La permanencia de esta mentalidad provoca la focalización de los ciudadanos hacia demandas asistenciales, que los sanitarios dejan fuera de la negociación, lo que conduce inevitablemente al desencuentro (Botejara y Cordero, 1990; Irigoyen, 1996)⁴⁴.

- Otra de las críticas que se le hacen a la participación comunitaria, y a los Consejos de Salud en particular, es que utilizan un discurso simplista y anacrónico, según el cual la sociedad es una suma de comunidades locales, a las que se intenta colonizar a través de líderes comunitarios. Por otra parte este modelo sobrevalora las asociaciones y los movimientos asamblearios, e infravalora la complejidad de una realidad social avanzada, muy lejos de las que aparecen en los trabajos de la OMS y otras experiencias en países subdesarrollados (Turabian, 1991c); Vuori, 1992; Irigoyen, 1994: 146- 147)⁴⁵.

- Se le ha criticado a la participación comunitaria el tener un marco teórico muy ideologizado con poca madurez en sus desarrollos organizativos. Esto no debe sorprendernos si tenemos en cuenta la idea de que "la salud es un asunto político y la participación comunitaria es su elemento más visible" (Turabian, 1993). La participación es un tema político y comprometido, destinado a aumentar el control social de la atención sanitaria, que arriesga y cuestiona el orden institucional. Para que

⁴³ Ello contradice las preferencias detectadas por Ribas y colaboradores en los temas seleccionados por su Consejo de Salud.

⁴⁴ En este sentido cabe destacar que al constituir el Consejo de Salud en Cambre sólo se permitían los temas de salud pública como abordables por el consejo.(AFVT. Participación, 1982).

⁴⁵ He de destacar el acierto que en este sentido supuso la consideración en Cambre de la parroquia como comunidad natural. (AFVT. Participación, 1982).

la participación comunitaria se desarrolle es necesario un auténtico traspaso de autoridad y poder, lo que explicaría la resistencia, no siempre consciente, administrativa (política) y profesional al desarrollo de la participación comunitaria (Buitrago, Marroyo, Botejara, 1990)⁴⁶; Ramos, Sánchez, Marset, 1992; Barceló, Martínez y Sánchez, 1992; Vuori, 1992). Para Turabian (1993) los tres conceptos implicados en la participación comunitaria son la autoayuda, desmedicalización, y democratización, a los que Vuori (1992) añade la autosuficiencia.

Para Elola (1991), la participación comunitaria no consiguió la eficacia y continuidad esperados, lo que contrasta con el desarrollo de los Consejos Escolares con competencias reales, y es que se trata de dos asuntos en el que la voluntad política era sustancialmente distinta (Sánchez, 1998). La participación continúa siendo un objetivo a cumplir para los defensores del modelo de atención primaria, convirtiéndose en una necesidad para la legitimación y supervivencia del modelo (Aranda, 1994; Elola, 1991).

7.4. Elementos discursivos, organización y legitimación de la especialidad.

En este apartado estudiaré el conjunto de patrones laborales, organizativos, y discursivos con los que los médicos de familia construyeron su cuerpo doctrinal. Esta construcción es fundamental en los procesos de especialización (Medina, 1993), pues los legitima ante la sociedad y la comunidad científica. La ausencia de habilidades técnicas y la horizontalidad de la especialidad, desplazó el interés del discurso hacia el signifiante y el código, el proceso y el método. Esa hipertrofia del signo es, por otra parte, un rasgo común, aunque no exclusivo, de la transición y oculta la ausencia de significados o la dificultad para construirlos (Imbert, 1990).

⁴⁶ Ramos García E., Sánchez Moreno A. Marset Campos P. Paradojas y posibilidades de la participación comunitaria en Atención Primaria de Salud. *Atención Primaria*, I y II, 1992. 9(6):334-6 y 9(7):398-400.

El culto de la especialidad a los procedimientos fue muy criticado por la sociología (Irigoyen, 1996)⁴⁷ y también por los médicos generales que argumentaban que su trabajo no difería del de los médicos de familia, y acusaban de burocratizadoras y artificiales las innovaciones introducidas por los especialistas. Pero como ya hemos visto, la función del discurso trasciende su propio contenido, para definir una cultura profesional. Una cultura que además se apropió de una nueva filosofía, la de la Atención Primaria de Salud, (Uribe, 1994 a) y b)⁴⁸, lo que la convirtió en incuestionable, y probablemente idealizó, como más tarde se criticó desde fuera y dentro de la propia especialidad (Simó, Gálvez, Morote et al., 1997).

Hemos de insistir que, aunque la Medicina de Familia era una especialidad consolidada en el entorno internacional, en España no se reprodujo un modelo ya definido, aunque se seleccionaron fuentes e influencias, buscaron apoyos bibliográficos, para llenar de contenido un vacío doctrinal, en un sentido inverso al propio de otras especializaciones, pues "se había empezado la casa por el tejado" (AMGI. Colectivo de residentes, 1981a). Como veíamos en el capítulo anterior, esta característica modeló la identidad de los médicos de familia aportándoles una autonomía formativa e intensificando la naturaleza fundacional de su discurso.

En 1984 apareció la revista "Atención Primaria", que durante muchos años constituyó el único vehículo de transmisión de saber de la especialidad. La revista fue el soporte de un modelo de referencia para los nuevos especialistas (Masset, Sáez, Sánchez et al., 1997). Por este inestimable valor, es la fuente primaria por excelencia a la que me referiré para construir el discurso científico de la Medicina de Familia. En 1985 apareció el primer programa docente. Hasta ese año los médicos de familia utilizaron como guión el Libro Azul (1980), y sus lecturas anglosajonas y latinoamericanas, fundamentalmente. En 1986 se publicó la primera edición del "Manual de Atención Primaria de Martín Zurro", año en que también llegó a España el texto fundamental de Pritchard. Para entonces los médicos de familia ya llevaban ocho años trabajando para darle una consistencia a la especialidad.

⁴⁷ "Todo el proceso de la reforma sanitaria se focaliza en la organización, dejando en segundo plano los productos, al persistir el núcleo cultural corporativo tradicional. Los impulsos hacia el cambio son confusos, entremezclando las referencias éticas, ideológicas y organizativas.." p. 232.

⁴⁸ Este antropólogo llevó a cabo entre febrero de 1987 y marzo de 1989 un estudio cualitativo basado en la observación participante y en entrevistas a trabajadores de un EAP. Este trabajo fue el centro de su tesis doctoral y los artículos que aquí traigo.

7.4.1. El discurso holístico de la salud

7.4.1.1. La atención integral e integrada

Siguiendo las ideas de Rosen (1972), si hemos de localizar el foco de interés de la Medicina de Familia este no sería otro que la persona en su integridad y contexto familiar y social (visión integral y comunitaria). En el R.D. 3303/78 se definía la misión del médico de familia como la de "realizar una atención integrada y completa a los miembros de la comunidad". Los médicos de familia consideraban que esta característica diferenciaba su quehacer del individualista y reparador de la Medicina General (Libro Verde, 1980). Los conceptos de "integral" e "integrada" ampliaban el ámbito de actuación médica desde el individuo a la familia y la comunidad, desde la situación de enfermedad a la de salud, asumiendo la responsabilidad del individuo en todo el proceso de enfermar⁴⁹. Esta característica, reiterada una y otra vez en las I Jornadas de Medicina Familiar y Comunitaria y en los medios de comunicación, será consustancial a la especialidad.

La integralidad de la nueva Medicina de Familia reproducía en sus rasgos fundamentales el discurso anglosajón (integración de atención preventiva y reparadora, continuada y permanente), pero se apoyaba más en el modelo de Atención Primaria de Salud, que en el discurso médico⁵⁰. Aunque ambas retóricas eran confluentes en muchos puntos, como tuvimos oportunidad de comprobar en el tercer capítulo, el hecho de que el discurso de la especialidad descansara en una filosofía, alejaba sospechas de intereses corporativos, a la par que aportaba un sentido místico y redentor a sus enunciados (Aranda, 1994). A esta herencia no es ajena la simultaneidad histórica de la declaración de Alma-Ata (1978) y la utopía social transformadora de la transición y el debate sanitario (Quesada, 1977; Conde, 1978⁵¹; Gol, Jaen, Marcos et al. 1980; Foz, 1995). Es destacable que el discurso médico

⁴⁹ Gol (1980) y otros autores que lideraron el debate sanitario, proponían que una de las funciones del médico de cabecera era orientar al enfermo en el sistema sanitario, como respuesta a la falta de responsabilización y motivación que afectaba al funcionamiento del sistema ambulatorio. Y este desempeño fue recogido precozmente en la filosofía de los médicos de familia (Libro Verde, 1980; Gobierno Vasco, 1985).

⁵⁰ El alto grado de identificación de los médicos de familia con los enunciados de Alma-Ata fue puesto de manifiesto en una encuesta realizada por Castell y Batista (1988).

⁵¹ Jornadas del Cuerpo médico de Sanidad Nacional, 1978. Estas Jornadas constaban en el soporte bibliográfico del Libro Azul.

El periodo de definición (1979- 1984)

español opuso la atención integral al mal funcionamiento de la organización, mientras que el discurso médico internacional se amparó en que la proliferación de especialidades provocaba la fragmentación de la persona. La integralidad, junto con la longitudinalidad de la atención, a la vez que ampliaban el campo de dominio del médico de cabecera, constituían una fuente de legitimación económica y social (Castell y Batista, 1988; Gervás y Ortún, 1995; Ortún y Gervás, 1996; Gervás y Pérez, 1996; Pérez y Gervás).

La continuidad fue una característica muy valorada por los médicos de familia en sus inicios, que realizaban guardias en los CC.SS. para ofrecer un servicio más prolongado. Pero esta organización, que se sostenía por la motivación de los residentes de las primeras promociones, no pudo mantenerse por la menguante proporción de residentes por CS, insuficiente para garantizar la cobertura, y la presión de los hospitales. La atención continuada fue una mejora sobre la situación previa en las áreas rurales, pero con el tiempo constituyó uno de los principios del nuevo modelo más criticado por los propios equipos y que generaba más divergencia (Rodríguez, Márquez, López, 1995b). Recordemos que los médicos de familia británicos también terminaron sacrificando la continuidad de la asistencia, ante la excesiva presión asistencial.

La integralidad fue un principio conceptual que no sólo fundamentó la asistencia, sino que también se reprodujo en su ética del trabajo. La inercia de un colectivo acostumbrado a responsabilizarse de su propia formación y de la construcción científica de su especialidad, contribuyó a esta tendencia y reforzó su sentido de independencia.

7.4.1.2. La orientación preventiva y comunitaria

El R.D. 3303/78 ya hacía mención expresa en su artículo primero a que "la función del médico de familia incluía promocionar la salud, prevenir la enfermedad y desarrollar la educación sanitaria a nivel individual, familiar y comunitario". El discurso preventivo es uno de los ejes centrales de la definición de la especialidad (Libro Verde, Libro Azul, Jornadas, 1980). Las actividades preventivas aparecen como distintivas frente al ejercicio de la Medicina General (Libro Verde, 1980) y vertebradoras de la organización asistencial (Jornadas, 1980). Y por supuesto están

ampliamente representadas en los proyectos formativos de la especialidad que se sucedieron, fundamentalmente en los comienzos.

La inquietud preventiva se remonta al debate sanitario, en el que se denunciaba frecuentemente la poca atención que el régimen franquista había dedicado a la Salud Pública en España (Rodríguez Ocaña, 2001c). La tragedia del síndrome tóxico estimuló las sensibilidades preventivas en la comunidad científica y social. El énfasis preventivo era coherente con la dimensión social de la enfermedad. La Medicina de Familia se hacía eco así de la resurgente sensibilidad en nuestro país a los procesos sociales de la salud y enfermedad, tanto entre sanitarios como no sanitarios, y recogía las tendencias internacionales en este sentido. El interés por las causas sociales del enfermar y su combate sintonizaba a la perfección con las características de un colectivo joven y revolucionario, que recibió con entusiasmo a profesionales procedentes de la emigración política latinoamericana. Algunos de ellos, como Ernestina Presser⁵² y Hernán Durán⁵³ lideraron la formación de los primeros médicos de familia, e imprimieron su huella en la forma de hacer realidad el modelo de Atención Primaria de Salud. También visitaron España otras figuras carismáticas de la salud pública internacional, no siempre latinoamericanas, como Vicente Navarro y Tudor Hart.

La ausencia de Salud Pública en España obligó, en sentido inverso, a la exportación de nuestros profesionales para ser formados. La preparación de algunos responsables de la reforma en la Escuela de Salud Pública de Cuba, provocó críticas deslegitimadoras del modelo, que lo acusaban de tercermundista e izquierdista (Elola, 1991).

“ a nosotros [los compañeros médicos generales] en aquel momento nos llamaban un poco comunistas, como si fuéramos la revolución, modelo cubano, sois cubanos, yo no he estado nunca en Cuba ni recuerdo haber leído nada de Cuba, (...) y nos tenían mucha tirria porque realmente nos veían más jóvenes que ellos” (Entrevista a DFG).

⁵² Ver su biografía en el anexo II.

⁵³ Salubrista chileno, miembro de la OMS, participó en el Plan de Salud de Vizcaya y formó en Segovia, las primeras promociones de médicos de familia.

El periodo de definición (1979- 1984)

“Hubo gente que hizo algunas especializaciones o maestría, lo más célebre en Cuba , porque se le sacó mucho partido político, (...) pero en realidad fue bastante anecdótico el tema..” (Entrevista a APO).

“yo estuve en Cuba cuando ya se había puesto en marcha este proceso, y nosotros sabíamos más que ellos y teníamos más experiencia que ellos, pues ellos lo hacen bastante después, ellos tienen un modelo ambulatorio que no tiene nada que ver con la atención primaria. A nosotros lo que nos enseñaron fue la parte de administración sanitaria...” (Entrevista a LRA).

En realidad, el sistema cubano sólo podía aportar al español su aventajada Salud Pública. Su nuevo sistema sanitario, que se había implantado en 1968 y remedaba el soviético, con policlínicas que atendían grandes poblaciones y especialistas en su personal, en nada se asemejaban a los Centros de Salud españoles. La especialidad cubana de Medicina de Familia fue posterior a la española (1984) y su pertenencia a un diseño asistencial diferente marcó también diferencias en sus funciones.

Aunque el modelo asistencial de los médicos de familia se acercó más al británico, o al finlandés, su diseño comunitario y preventivo se inspiró más en la literatura latinoamericana y de la OMS⁵⁴. La influencia latinoamericana imprimió un sello de identidad en la Medicina Familiar española. Entre los epidemiólogos latinos, los más citados eran sin duda alguna Salleras Sanmartín⁵⁵ y Hernán San Martín. Sin embargo, se ha despreciado la tradición anglosajona a la que se debe, por ejemplo, la implantación de exámenes periódicos de salud en la práctica médica (Salleras, 1986). La citación en la revista *Atención Primaria* de epidemiólogos anglosajones (Haynes, Sackett, Pineault, Abrahamson, Last, Jeniceck, Rothman, Donabedian, los estudios de Framminghan, Polit, etc.) fue habitual. Las aportaciones anglosajonas suavizaron el dogmatismo epidemiológico latinoamericano que perdió vigencia con el tiempo. No olvidemos que la GP británica también incorporó el discurso social y epidemiológico, del que Tudor Hart fue su mejor exponente. Las publicaciones del epidemiólogo

⁵⁴ García y Alonso, 1993. Aranda, 1994. Almagor, Giora, Vicepresidente de la Wonca european region en 1990. From Alma- Ata 1978 to Barcelona 1990. *Atención Primaria*. 1990; 7(11):691-693.

⁵⁵ Salleras Sanmartín L.: Servicio de Promoción de la Salud. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Generalitat de Catalunya. Cátedra de Medicina. Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de Barcelona.

sudafricano Sydney Kark⁵⁶ también eran conocidas por los médicos de familia, y en 1986 se inició una fructífera relación entre su equipo y la sociedad catalana de Medicina Familiar y Comunitaria para la enseñanza de la atención primaria orientada a la comunidad (Gofin y Goz, 1999).

Las actividades preventivas cumplieron una eficaz función generadora de mercado, pues justificaba la búsqueda activa de clientela. Se consideraba la consulta como el lugar idóneo para su aplicación (AAMZ. Unidad Docente, 1980). Este discurso, propio de la medicina social más clásica, permite el acceso al diagnóstico, desde un modelo autoritario y paternalista. La captación se hace en la consulta, cuando el paciente acude por otro motivo. La revista *Atención Primaria* dedicó bastante espacio a tratar los métodos de captación para vacunaciones. Las vacunaciones infantiles, fundamentalmente, garantizaban el éxito social de la estrategia preventiva. Los programas destinados a aumentar la cobertura vacunal, especialmente entre la población infantil, eran los primeros que se ponían en marcha al abrir los Centros de Salud, y los que contaban con más aceptación ciudadana.

Sin embargo, según una evaluación realizada por el Gobierno vasco en 1992, (Larizgoitia y Starfield, 1997), la actividad preventiva más consolidada en la asistencia fue la toma de la tensión arterial (TA), , mientras que la citología, mamografía y la vacunación antigripal no alcanzaron gran éxito. Los autores lo relacionan con la poca dependencia de estas actividades de la Atención Primaria. El diagnóstico precoz jugó un papel importante, como lo hizo en la consolidación de otras especialidades (Medina, 1993).

En 1989, la SEMFYC protocolizó las actividades preventivas en un paquete mínimo de referencia, el PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud), que se revisa regular y escrupulosamente. El PAPPS, además, aglutina una red de centros que se comprometen a desarrollarlo y convoca encuentros periódicos entre ellos (Aranda, 1994). El objetivo del PAPPS es contribuir a la aplicación efectiva de las actividades preventivas en la consulta y evitar que estas se perdieran en un plano exclusivamente teórico, como ocurrió en la Medicina de Familia británica. Las actividades preventivas no producen satisfacción profesional a

⁵⁶ Responsable del movimiento de los Centros de Salud en su país en los años 40. Sobre él ya he tratado en el capítulo 3.

El periodo de definición (1979- 1984)

corto plazo y su aceptación cotidiana consigue difícilmente una prioridad a la par de otras actividades asistenciales⁵⁷. A ello culpa Uribe (1994b), entre otros factores, del distanciamiento cultural entre los médicos de familia y la sociedad. En la encuesta de opinión de Gálvez y de la Revilla (1985) la mitad de los usuarios encuestados no conocían la existencia de las actividades preventivas.

Es una opinión generalmente aceptada que la implantación de actividades preventivas como las vacunaciones, la atención prenatal y el diagnóstico precoz de cáncer fue un logro de la reforma sanitaria (AENSP. Subcomisión de Atención Primaria, 1990; Ortún y Gervás, 1996; Gervás y Pérez), aunque con irregular desarrollo (Rodríguez, Márquez y López, 1995b). Sin embargo, algunas voces críticas con la especialidad acusaron a los médicos de familia de que su abuso marginó la asistencia y despreció el trabajo clínico de cada día. Su falta de pragmatismo distanciaba a los médicos de familia de los generales y fomentaba la frustración de estos. Las grandilocuentes y poco operativas declaraciones de la OMS hacían sentir a los profesionales sanitarios que la Atención Primaria era cualquier cosa menos su trabajo diario con pacientes (Pérez y Gervás).

“(...) la reforma ¿eh? Las cosas que vi, bueno a partir de ahora ya no hay que pedir radiografías, porque con la prevención (...)” (Entrevista a JG).

Además, la base científica de muchas de las actividades recomendadas no estaba clara, como el uso del cribaje para la detección precoz del cáncer del cuello uterino, ni tampoco su rentabilidad económica (Gervás y Pérez; Pérez y Gervás; Gervás, 1996a). Este uso de la retórica sin fundamento científico es común a otros procesos de especialización, como por ejemplo la radioterapia (Medina, 1997). El énfasis en lo preventivo fue criticado también por posiciones conservadoras, que en un ejercicio dialéctico entendían que la promoción de la salud era una actividad intersectorial, que no podía ser encargada exclusivamente a los servicios sanitarios (Costas, 1998; Pérez y Gervás). En un análisis retrospectivo de la reforma, sectores afines a la misma criticaron el énfasis de la Medicina de Familia en la relación social con

⁵⁷ Brotons Cuixart, Carlos. Actividades preventivas y de promoción de la salud en atención primaria. *Atención Primaria* . 1989; 6(6):369-370.

la salud, relación incuestionable pero difícilmente abordable desde los servicios de Atención Primaria (García Encabo y Alonso, 1993).

La orientación salubrista de la Medicina de Familia española jugó un papel importante en la movilidad de sus especialistas hacia puestos de gestión y salud pública. El triunfo en las elecciones de 1982 del PSOE, que había asumido los planteamientos del movimiento de los residentes de Medicina de Familia significó, en la práctica, que muchos médicos procedentes de las primeras promociones de la especialidad (1982-1985) trabajaran en la Administración, desempeñando funciones de salubristas en muy diversos campos (gestión, epidemiología, educación para la salud) y participando en la puesta en marcha de la reforma sanitaria (Aranda, 1994). Desde dentro y fuera de la especialidad este tránsito fue criticado. Muchos ideólogos de la Atención Primaria no pisaron nunca una consulta de Medicina de Familia, hecho al que se atribuía en parte la falta de adecuación del programa formativo de la especialidad a la realidad asistencial (Martín Zurro, 1987; SAMFYC, 1994; Borrell, 1994; Borrell, 1996; Gené, 1996).

Paradójicamente, la Medicina de Familia supuso el abandono de las actividades medioambientales que formaban parte de las funciones del médico titular. En la mayor parte de las comunidades autónomas, los programas medioambientales no se integraban en los servicios de Atención Primaria, salvo honrosas excepciones en el medio rural andaluz (SAMFYC, 1994). Con el tiempo las actividades de salud pública y medioambiental fueron delegándose en organismos independientes, ante la falta de recursos humanos en la atención primaria para asumir esas responsabilidades (García Encabo y Alonso, 1993). En la Comunidad Valenciana, se crearon exclusivamente para tal fin los Centros de Salud Comunitaria. La prensa médica los valoró como un proyecto importante, pero con una excesiva dependencia política (Rodríguez, Márquez y López, 1995a y b).

Una de las estrategias preventivas más desarrolladas con la Medicina de Familia fue la **educación para la salud**. La educación para la salud se entendía como un instrumento sanitario para capacitar a la población en el autocuidado y la toma de decisiones respecto a su salud y la de su comunidad. Se puede considerar como una

El periodo de definición (1979- 1984)

estrategia adaptativa de la profesión a las exigencias de una sociedad más democrática⁵⁸.

A pesar de la intención social y participativa con la que la Medicina de Familia adoptó los postulados de la educación sanitaria, en muchas ocasiones terminó reproduciendo un modelo de relación paternalista con los pacientes, que Gervás denominó "despotismo ilustrado" (Gervás, Pérez; Gervás, 1996a). El párrafo que a continuación reproduzco es ilustrativo de este espíritu. Pertenece a la memoria del primer Centro de Salud creado en España : "Respecto al examen de salud, hay que decir que se convierte en una actividad importante (...) debido a que, en la situación actual de nuestro país, ni la población cuenta con la educación sanitaria suficiente como para reconocer en muchos casos sus problemas de salud y solicitar asistencia.." (Delgado, de la Revilla, 1984).

Siendo la educación para la salud uno de los temas estrella de los discursos de la especialidad desde sus inicios, sorprende la escasez de artículos científicos que tratan el tema con madurez. Ello contrasta con los resultados de una encuesta nacional a los CC.SS. en 1991, en la que se afirmaba que el 81% de los Equipos de Atención Primaria realizaban actividades de educación para la salud en grupos (SAMFYC, 1994). En realidad, la educación para la salud se empleó como propaganda de la actividad profesional (Irma, 1989). Inicialmente para crear mercado, como elemento de medicalización, y después para controlarlo. La educación para la salud fue instrumento eficaz de control profesional de la demanda, y una herramienta del sistema sanitario para control del gasto (Rey y Villalbí, 1987; Bullón, 1989). El cliente se termina convirtiendo en un estorbo, en algo que molesta, al que siempre le falta educación para la salud. En el R.D. 3303/78, artículo primero, se precisa como una de las funciones del médico de familia: "orientar a los enfermos y sus familiares en la utilización adecuada del sistema de atención médica establecida".

⁵⁸ "... Uno de los factores que ha jugado un papel destacado ha sido la toma de conciencia por parte de las organizaciones feministas en la década de los sesenta, de la necesidad de recuperar el protagonismo, que había sido delegado a los profesionales, en aquellos aspectos fisiológicos relacionados con la salud y el ciclo vital.." (Nebot y Espinola, 1989).

JORNADAS MUNICIPALES DE DIVULGACION SANITARIA

1983

Organiza: Ayuntamiento de Cieza
Delegación de Salud y Defensa del Consumidor

Colaboran: Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria (Cabezo de Torres)
Asociaciones de Vecinos
Delegación Municipal de Deportes

Patrocina: Comunidad Autónoma
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

CHARLAS	11 NOVIEM.	12 NOVIEM.	13 NOVIEM.	14 NOVIEM.	2 DICIEM.	3 DICIEM.
PLANIFICACION FAMILIAR DR. D. LUIS CARRILLI	SALON DE ACTOS DE LA A.I.S.S.		COLEGIO VIRGEN DEL BUEN SUCCESO ZARACHE			
MEDICAMENTOS Y SALUD DR. D. N. SARMIENTO	COLEGIO VIRGEN DEL BUEN SUCCESO ZARACHE		SALON DE ACTOS DE LA A.I.S.S.			
ALIMENTACION Y NUTRICION DR. D. JUAN CANOVAS		SALON DE ACTOS DE LA A.I.S.S.		COLEGIO VIRGEN DEL BUEN SUCCESO ZARACHE		
VACUNACIONES DRA. DOÑA M. DOLORES CALDERON		COLEGIO VIRGEN DEL BUEN SUCCESO ZARACHE		SALON DE ACTOS DE LA A.I.S.S.		
VALIDACION DE LOS JUVENES DEPORTISTAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA MEDICINA DEPORTIVA DR. D. JOSE A. VILLEGAS					SALON DE ACTOS DE LA A. I.S.S.	
LA ADAPTACION CARDIOVASCULAR AL EJERCICIO. LA MARCHA DR. D. JOSE A. VILLEGAS						SALON DE ACTOS DE LA A. I.S.S.

Todos los actos comenzarán a las 8 de la tarde

LA ASOCIACION DE VECINOS

Se complace en invitarles a participar en la celebración de estas Jornadas de divulgación sanitaria.

Tp. JULIA - Proceso, 11 - Cieza 1.983

Figura 15. Cartel anunciador de unas Jornadas de Educación sanitaria (Cieza, Murcia, 1983). Fuente: AJSL

En la mayoría de los artículos de la revista *Atención Primaria* que trataron el tema hasta 1995, la perspectiva mantenida fue la del sentido del cumplimiento terapéutico, lo cual seguía mostrando la permanencia de una relación desigual, en la que los individuos eran "considerados como pasivos receptores de la atención profesional" (Nebot y Espínola, 1989; Irma, 1989). Los estudios de cumplimiento terapéutico atrajeron también parte del interés investigador de los médicos de familia. El fracaso de éste en lo que respecta fundamentalmente a las modificaciones del estilo de vida, se explica por la descontextualización que hace el discurso biomédico de los hábitos de salud. Se espera que el paciente cambie sus costumbres por otras que pertenecen a otra clase social. Pero este fracaso no se interpreta desde esta óptica, sino desde la culpabilización del paciente, que no realiza las medidas recomendadas para la obtención de su salud. Esta situación desemboca en la aplicación de medidas farmacológicas que refuerzan la posición biologicista, y satisfacen a todos, a los médicos por mantenerles en su terreno y a los pacientes, por descargarles de la difícil responsabilidad de cambiar su conducta (Otegui, 2000).

La **orientación comunitaria** convertía la atención médica primaria en Atención Primaria de Salud, es decir, proporcionaba "el cambio cualitativo" (Atención Primaria de Salud, 1984; Funciones, 1986). En las Primeras Jornadas de 1980, "el público atronó en aplausos cuando se propuso el cambio de nombre de médico de familia por el de médico de la comunidad" (Borrell, 1994). La retórica social y comunitaria tuvo mayor peso en la Medicina Familiar española que en la británica⁵⁹, probablemente, como decíamos, por el clima histórico en que nació. La participación comunitaria aparece en las primeras propuestas de cambio del debate sanitario y forma parte de la filosofía de Alma-Ata y documentos preparatorios. Expresión de esta retórica fue el apellido "comunitaria" con el que la distinguió Segovia de Arana, cuyo éxito trascendió su intención real poco innovadora que implicaba la asistencia primaria en tareas de salud pública clásicas, como la erradicación de la hidatidosis y la fiebre de Malta, e individualizaba la promoción de la salud⁶⁰. Seguramente, para el

⁵⁹ De la Revilla, Luis. La atención primaria de salud en el servicio nacional británico y en el andaluz: similitudes y discrepancias. *Atención Primaria*. 1989; 6(10):689-670. Turabian J.L., de Castro C., Capataz M. et al. Cuba, Reino Unido y España: ¿modelos de atención primaria alternativos? Presentación de 3 casos- estudio. *Atención Primaria*, 1991b). 8(2): 82- 83.

⁶⁰ Segovia de Arana: líneas generales de la reforma sanitaria. *Profesión Médica*, 27/9/a 3/10/1979. p. 7.

fundador de la especialidad, lo comunitario traducía también el deseo de ampliar el radio de acción hospitalario sobre la sociedad, sin que fuera consciente de la rentabilidad social que adquiriría el término comunitario.

Las primeras promociones de médicos de familia llenaron de contenido la orientación comunitaria de la especialidad. Las propuestas docentes desde la documentación de la CNE hasta la del programa del Libro Azul (1980), (en uso hasta 1984), evolucionaron fundamentalmente hacia la ampliación y desarrollo del área comunitaria del programa. Las reivindicaciones de los primeros años se centraron en la potenciación de los aspectos sociales y comunitarios de la formación, en conseguir “una metodología de trabajo que permita descubrir, denunciar y resolver con eficacia las causas e implicaciones sociales de la enfermedad” (Jornadas, 1980). En esa línea hay que entender la creación de los centros especiales de medicina comunitaria de Madrid y Barcelona (ver capítulo 8).

La bandera de lo preventivo y comunitario sirvió a los nuevos especialistas para exigir lugares propios de trabajo y formación, reclamando la creación de centros donde poder realizar su tercer año de residencia y en los que estos aspectos se desarrollarían más adecuadamente. En este sentido constituyó una herramienta legitimadora muy interesante, pues les permitía desprenderse de la dependencia hospitalaria que tanto criticaron los médicos generales.

“..el grupo de aquí de Granada tenía vida propia, (..) porque probablemente la experiencia en otros sitios, y como después la trayectoria puso de manifiesto, eran un poco diferentes, (..) y la de aquí siempre marcada mucho por una intencionalidad basada en lo comunitario, en principio mucho más progresista (..) nosotros estábamos todo el día pensando en estar en la calle” (Entrevista a ADS).

El peso de lo social fue dispar en las primeras generaciones de residentes y tutores y ocasionó un debate importante, sobre el que trataremos en el siguiente capítulo, entre las distintas posiciones de dependencia/autonomía hospitalaria. El colectivo más decidido por la independencia de la Atención Primaria hipertrofió los aspectos preventivos y comunitarios de la especialidad. Aspectos que se diluirían entre otros más pragmáticos a medida que ésta se consolidara.

La orientación comunitaria de la especialidad, fundamentalmente en los primeros años, atrajo la adherencia de los partidos de izquierda a su causa. Por su dimensión social, la Medicina de Familia encajó fácilmente en la izquierda del espectro político. Ya hemos llamado la atención sobre el papel que el contexto político ha desempeñado en el desarrollo de los sistemas sanitarios (Sidel y Sidel, 1977; Navarro, 1978; Tollman, 1991), lo que conduce a su identificación política. Algunas consignas revolucionarias que se llevaron a las I Jornadas, entre ellas las procedentes de Galicia, eran manifiestamente políticas. Ello desembocó en una politización de la especialidad que despertó un importante rechazo en parte de la profesión médica.

“..porque lo que yo vi con la reforma de los médicos de familia, ves que los médicos iban al ayuntamiento al censo y dejaban de tocar tripas, no tío, tú primero tendrás que tocar la tripa, porque por lo que la sociedad nos admite no es para ir al censo y tú no vas a resolver la brucelosis y el alcoholismo a través del cambio de alcalde, si tú eres político dedícate a la política (...). (Entrevista a JG).

La **participación de los ciudadanos** en la gestión de la organización sanitaria fue una reivindicación que encabezó todo el discurso reformador de los profesionales más progresistas de la segunda mitad de la década de 1970, y protagonizó el proceso democratizador de la sanidad española (véase capítulo 4). La salud era un problema social y político que exigía la participación activa y solidaria de la comunidad en el control del sistema sanitario a cualquier nivel (Gol, Jaen, Marcos et al., 1980; Artigas, Martí y Pardell, 1979). La participación comunitaria daba respuesta a una necesidad social sentida en un contexto cultural de democratización y desmedicalización. La emergencia de experiencias de participación comunitaria previas a la creación de la especialidad (como las de Montánchez, Tirajana, Plan de Salud de Vizcaya, entre otras), se explica desde la conciencia política de la sociedad de la transición. La participación de la población vertebraba la propuesta del Servicio Nacional de Salud, y sobre ella los partidos políticos progresistas construyeron gran parte de sus programas. La participación significaba para el Servicio Nacional de Salud lo que la libre elección para el sistema de Seguridad Social. La participación comunitaria, tal como se formuló inicialmente en el nuevo modelo, era un principio democrático, y no un instrumento para conseguir objetivos concretos. Para Irigoyen en esta naturaleza tan abstracta radica su debilidad metodológica (1994). La participación comunitaria era perfectamente contingente en una sociedad movilizadora muy receptiva

a los grandes principios universales que emanaban de Alma-Ata y sus antecedentes más remotos de la OPS. Para el modelo de Atención Primaria de Salud global, la participación era un eje conceptual, ideológico, y como el resto de sus postulados, poco aplicable a contextos sociales específicos (Irigoyen, 1994). A pesar de la innegable inspiración latinoamericana, se ha ignorado interesadamente que la orientación comunitaria impregnó también la retórica de los médicos de familia británicos, y que algunos de los exponentes más carismáticos de esta influencia, como Tudor Hart, tuvieron gran resonancia en nuestro país.

Para algunos autores, la participación comunitaria era una estrategia que encajaba en un movimiento más internacional, necesaria para oponerse a la crisis de racionalidad y legitimación de los sistemas sanitarios, en la que se hacía necesario responsabilizar a los pacientes en el funcionamiento del sistema y contener la demanda creciente (Elola, 1991; Gol, Jaén, Marcos et al., 1980; Reventós, 1982).

Ya el Libro Verde (1980) contemplaba como función del médico de familia “la creación de una dinámica necesaria para que la comunidad participe activamente y se corresponsabilice”, considerándola como una tarea específica respecto al ejercicio tradicional de la Medicina General. La participación comunitaria aparecía como una declaración de principios en los textos fundacionales de la especialidad (Jornadas de 1980, Libro Azul, 1980). Como en el mundo anglosajón, constituyó un valor epistemológico que impregnó todo el cuerpo teórico de la especialidad y contribuyó a la construcción de una identidad profesional y una legitimidad social.

A pesar de su importancia, la participación comunitaria siempre permaneció marginada de la realidad asistencial, como lo ilustra la escasa atención científica que despertó. Aunque el *Manual de atención primaria* (Martín Zurro y Cano, 1986) amplió el espacio dedicado a la participación de la primera a la segunda edición (1989), en los contenidos de la revista *Atención Primaria*, entre 1984 y 1989, sólo nueve artículos se refieren a experiencias de participación, en concreto a las de Cartuja (Granada), Canarias y Novelda (Alicante). Las escasas experiencias de participación comunitaria y Consejos de Salud no sobrevivieron a la carga del trabajo diario, la hegemonía del discurso médico y la progresiva desvertebración social, y como en el mundo anglosajón, lo comunitario tuvo una utilidad más propagandística que práctica.

7.4.1.3 Atención materno-infantil

La atención materno-infantil ya se contemplaba en el R.D. 3303/78, en el Libro Verde (1980) y en las I Jornadas de Medicina Familiar (1980). Los programas maternal (después se llamarían de "atención a la mujer") e infantil (después "de niño sano"), fueron los primeros que se implantaron en los CC.SS pioneros y los primeros que se ponían en marcha al abrirse centros nuevos (Quesada, 1977; Foz, 1995).

Posiblemente la feminización de la profesión tuviera alguna responsabilidad en el éxito inicial del programa, pero fue clave el interés general que la planificación familiar despertaba en una sociedad en vías de modernización. La planificación familiar era una actividad muy demandada por la población, que en una encuesta de enero de 1979 del Centro de Investigaciones Sociológicas mostraba que un 70% opinaba que era necesario decidir cuántos hijos tener y cuándo (Fundación FOESSA, 1983).

La actividad legislativa reflejó esa sensibilidad social. En octubre de 1978 se despenalizó el uso de anticonceptivos, aunque no se les incluyó entre las prestaciones de la Seguridad Social. El R.D. 2275/1978⁶¹ sobre la creación de Servicios de Orientación Familiar, daba respuesta a una demanda social creciente. En cumplimiento de esta norma, el Ministerio de Sanidad organizó 37 centros en toda España, a los que se añadieron los de Promoción de Salud que incluían la planificación familiar entre los servicios ofertados más atractivos. Algunos de estos centros nacieron por iniciativa de partidos políticos, y otros por voluntad municipal⁶². Al contenido de su oferta, añadían un valor reivindicativo y popular, que fue oportunamente aprovechado por los profesionales de Atención Primaria, cuando los incorporaron a su tabla de servicios. Los graves problemas de saturación, dotación de personal y presupuestaria aconsejaban la integración en la red asistencial, lo que también permitiría la universalización de su cobertura. En el I Congreso Nacional de Planificación Familiar, celebrado en Gijón, entre el 19 y el 20 de noviembre de 1982, se defendió la integración de la planificación familiar en la Atención Primaria y a conclusiones similares se llegó en las Primeras Jornadas de Planificación Familiar de

⁶¹ BOE 1/9/1978.

⁶² 18 Centros Municipales de Salud se ocupan de la planificación familiar en Madrid y provincia . El País 11/11/1981, p.26.

Madrid (31/3/1984)⁶³. Aranda (1994) señala la iniciativa de los médicos hospitalarios en el traslado de los servicios preventivos en salud maternal (control de embarazo y planificación familiar) al primer nivel de atención al verse superados por la demanda⁶⁴. Los ginecólogos posiblemente agradecieron descargarse de la asistencia de cuadros banales que erosionaban su autoestima, ya que aún no sufrían la competencia por el mercado laboral que se crearía más tarde.

La atención al embarazo se justificaba en las recomendaciones de la OMS sobre la precocidad de la primera visita y la accesibilidad con que la Atención Primaria facilitaba el seguimiento⁶⁵. Se apuntaban otras ventajas, como el apoyo a la gestante y la preparación al parto. La morbimortalidad maternoinfantil era más alta en España que en los países de su entorno (FOESSA, 1983) y aún mayor en los lugares en los que se comenzó la reforma, con bajo nivel socioeconómico y con una alta tasa de natalidad. La aplicación del programa era una apuesta segura por conseguir buenos resultados sobre una mala situación de partida.

En 1990, en Andalucía el 52% de los CC.SS. habían puesto en funcionamiento el programa de control de embarazo, superando el 50% de control de los embarazos de bajo riesgo. El principal problema que se apuntaba era la falta de coordinación entre niveles asistenciales (SAMFYC, 1994). Además de la OMS y la OPS, los médicos de familia se apoyaban en la experiencia de los médicos generales anglosajones en el control del embarazo, que habían asumido sin muchos problemas, aunque la atención al parto se desplazara al hospital (Loudon, Horder y Webster, 1998).

⁶³ Conclusiones de las Primeras Jornadas de Planificación Familiar de Madrid (31/3/1984). *Atención Primaria* 1984. 1(4): 217. *Planificación familiar y Atención Primaria de Salud*. Editorial. *Atención Primaria* 1985;2: 3:127.

⁶⁴ La inclinación progresista de los ginecólogos/as de los ochenta podría haber contribuido a la expansión de estos servicios (Rodríguez, 1987).

⁶⁵ Moreno Iribas C., Jimenez MJ., Martínez A. et al. Evaluación de un programa de vigilancia prenatal. *Atención Primaria*. 1988; 5(4):197-202. Louro González A., Gallegos Pita J. Redondo Manteiga F. et al. Rubeola y embarazo:revisión sobre 352 embarazos controlados en un centro de salud durante 6 años. *Atención Primaria*. 1988; 5(5):252-253. Díaz Berenguer JA., García Mencia P. Evaluación de un programa de atención al embarazo, parto y puerperio. *Atención Primaria*. 1989; 226- 232. Castejón R., Delgado A. De la Revilla L. et al. Estudio comparativo de la calidad de la atención prenatal entre centros de salud y hospital. *Atención Primaria*. 1989; 6(10):706-712.

El periodo de definición (1979- 1984)

La detección precoz de cánceres de cérvix⁶⁶ y mama, completaban el programa de atención a la mujer. La detección de cáncer de cuello uterino fue una actividad controvertida por la escasa prevalencia de la enfermedad en nuestro medio. La aplicabilidad de la técnica a la Atención Primaria y su relativo bajo coste, facilitaron su implantación con éxito. La avidez de los médicos de familia por importar de la atención especializada alguna técnica que los diferenciara de los médicos generales y, fundamentalmente, les otorgara méritos ante la población, condujo a su potenciación y sobrestimación por el colectivo. De la misma forma, la recomendación de autoexploración mamaria carecía de una base científica, y se generalizó entre los médicos de familia ante la dependencia tecnológica de la mamografía. La mamografía (que sí tenía un respaldo científico), se convirtió en una actividad preventiva molesta para los médicos de familia, que no podían controlar desde sus competencias, por lo que no se evaluó en las memorias hasta bien entrada la década de los 90, cuando se abarató su coste y se generalizó su uso.

Los programas preventivos de atención a la mujer no gozaron nunca de una alta cobertura, a pesar de la captación activa de los profesionales que buscaban un "aumento de la demanda" (De la Revilla, 1984). En Andalucía, una de las autonomías donde el programa de la mujer tuvo más éxito, las coberturas eran muy bajas (SAMFYC, 1994). A la captación en la consulta se sumaron campañas divulgativas en la calle, en las que se hablaba de sexualidad, enfermedades venéreas o prevención de cáncer ginecológico. No me consta que tal labor propagandística respondiera a una solicitud de las mujeres, sino más bien ocultaba una generación de demanda rentable para la especialidad.

El ímpetu inicial del programa de la mujer se aletargó con el paso del tiempo y la extensión de la reforma. La orientación familiar perdió su valor popular al ser abordada por los equipos, para ser después medicalizada a manos de los servicios ginecobstétricos hospitalarios (Fuentes, 2001). La falta de formación adecuada, que no se pudo generalizar a todos los equipos, la presión asistencial que obligaba a priorizar otras actividades y la existencia en algunas provincias de una cultura de la medicina privada muy fuerte en este sector, contribuyeron a que la atención de la mujer

⁶⁶ Melguizo Jiménez M., López Verde F. Castro Gómez JA. Et al. Evaluación de un programa de diagnóstico precoz de cáncer de cérvix en un centro de salud (1981- 7). *Atención Primaria*. 1989; 6(5):300-303.

sobreviviera con integridad sólo en los centros más antiguos, quedando relegado en la mayoría a unos servicios mínimos desnaturalizados de la filosofía que los vio nacer.

El programa de atención infantil incluía las visitas programadas del "Control del Niño Sano", las inmunizaciones, y el examen de salud escolar. Como el de atención a la mujer, tuvo desde los comienzos de la reforma un lugar privilegiado entre las primeras actividades a realizar en los centros (SAMFYC, 1994). La vulnerabilidad de este sector de la población garantizaba el apoyo incuestionable de toda la sociedad y la profesión.

Las vacunaciones eran el eje principal del programa de atención infantil. Ampliar la cobertura vacunal mediante la educación para la salud se convirtió en una cruzada de los médicos de familia⁶⁷. Las inmunizaciones eran unas de las pocas medidas preventivas de constatada eficacia y rendimiento, por lo que su éxito estaba asegurado. No ocurría lo mismo con otras actividades del programa, como el Control del Niño Sano, cuya cobertura era baja. La efectividad del examen de salud escolar también era cuestionable. Los exámenes de salud escolar fueron una actividad asumida con gran interés por los médicos de familia en sus principios, pues suponía la integración de lo preventivo en la realidad asistencial. Anteriormente al nacimiento de la especialidad, los municipios eran los responsables de llevarlos a cabo, pero su aplicación era sesgada⁶⁸. La adopción de esta tarea por los médicos de familia generalizó esta práctica, especialmente en la década de 1980. La rentabilidad de los exámenes de salud escolar fue motivo de controversia a los pocos años de su implantación, por la escasa resolución de los problemas detectados⁶⁹. En cualquier caso, la búsqueda activa de clientela fuera de la consulta era perfectamente coherente con la filosofía preventiva de la especialidad. Una vez creada la demanda, esta se trasladó a la consulta.

⁶⁷ De la Cueva Spinola. Estudio de las vacunaciones en una población escolar de Madrid. *Atención Primaria*, 1986; 3(4):187-194.

⁶⁸ González, C A. Eficacia, efectividad y eficiencia de los exámenes de salud escolar. *Atención Primaria*. 1984; 1(3):141-7.

⁶⁹ Iribarren Ballent A., Batzan Arrastia I. Moreno Iribas C. Resultados de los exámenes de salud en escolares de una zona de salud de Navarra. *Atención Primaria*. 1988; 5(2). Muñoz Sánchez- Villacañas R., Ribera Lacomba J. Ros Saez A. Cerda Díaz. Efectividad de los exámenes de salud escolar. *Atención Primaria*. 1988; 5(3):135-142.

El periodo de definición (1979- 1984)

En algunos casos el programa de atención infantil se amplió con educación sanitaria y programas de prevención de accidentes. Estas actividades, sin ser generalizadas, motivaron enormemente a los profesionales, que derrocharon imaginación y añadieron un punto lúdico a su trabajo. La experiencia de la campaña en el barrio de Cartuja sobre prevención de accidentes en la infancia fue un ejemplo de cómo la capacidad de movilización, que tanto cohesionó al colectivo, se manifestó en su estilo de trabajo: el equipo de salud recorrió las calles con megafonía informando del programa y anunciando una representación teatral creada al efecto. Al día siguiente, montaron un pasacalles con música y máscaras, que fue seguido por los niños del barrio, hasta el lugar donde se montó la fiesta, que acabó con un espectáculo flamenco. La participación fue completa y produjo una gran satisfacción en los componentes del equipo, que incorporarían la experiencia al anecdotario colectivo (De la Revilla, 1984; Entrevista a ADS y LRA).



Figura 16. Campaña de prevención de accidentes en la infancia. Granada, c. 1983. Fuente: Propiedad particular de Ana Delgado Sánchez.

7.4.1.4. La atención a enfermos crónicos

La Medicina de Familia construye su dominio a partir de la atención a personas con enfermedades crónicas y terminales, junto con las actividades preventivas (Uribe, 1994, a y b), justamente lo que el hospital y la sociedad no reconocen como personas enfermas.

Como vimos en el capítulo 4, el cambio de patrón de morbilidad, con un aumento espectacular de las enfermedades crónicas, era uno de los argumentos más esgrimidos para justificar el cambio de modelo de atención de salud (Seguimiento, 1984). El progresivo envejecimiento de la población y el crecimiento de las enfermedades crónicas exigían una Atención Primaria fuerte (Gervás y Ortún, 1995). Los médicos de familia identificaron el éxito de su trabajo con el correcto control de los enfermos crónicos, porque este ponía en juego los parámetros básicos de su trabajo (Seguimiento, 1984). No en vano los mayores niveles de satisfacción con el nuevo modelo se encontraron entre los enfermos crónicos (Larizgoitia y Starfield, 1997).

La hipertensión y la diabetes acapararon gran parte de las investigaciones de los nuevos médicos de familia, como queda reflejado en la revista "Atención Primaria"⁷⁰. Las fuentes literarias eran anglosajonas, con referencias repetidas a Haynes, Stamler, Framminghan y Tudor Hart. Como veíamos en el capítulo 3, la atención a crónicos centró también el discurso de los médicos de familia británicos. La influencia de la OMS, aunque obligada, era considerablemente menor.

La hipertensión no es una construcción de los médicos de familia españoles, sino que remeda la ortodoxia más universal de la especialidad, al reunir las características ideales para ser aprovechada por ella. Desde que en 1970 Tudor Hart publicó los resultados de un "screening" para la HTA en atención primaria, gran número de trabajos resaltaron la importancia de esta técnica como método de diagnóstico precoz y control barato, sencillo, incruento, eficaz y aceptado por la

⁷⁰ Ya desde el primer número de *Atención Primaria* la hipertensión arterial ocupó un papel destacado entre los trabajos publicados en ella. El número de trabajos originales publicados hasta febrero de 1988 ha sido de 24, la mayoría de ellos en la sección de Originales (20) y el resto (4) como Cartas al Director. Destaca el progresivo aumento de los trabajos originales que van desde 4 en 1984 hasta 12 en 1987 (Fernández, 1988).

comunidad⁷¹. La importancia de la hipertensión arterial como problema de salud venía dada por su alta prevalencia y por ser el factor de riesgo cardiovascular más importante⁷².

Otro argumento que respaldaba la importancia de la hipertensión era su invisibilidad, “ese enemigo silencioso que amenaza la salud de la población” (Abanades, Otero, Delgado et al., 1987), y contra el que se justificaba una cruzada a gran escala. Fue muy citado el trabajo de Stamler, que describía cómo en 1970 en los EEUU, el 50% de los hipertensos sabían que lo eran, de ellos el 50% recibía tratamiento y de los tratados sólo el 50% se hallaba controlado. El reconocimiento de la magnitud del problema se tradujo en el citado país en la elaboración de un programa (*National High Blood Pressure Education Program*) con objeto de sensibilizar tanto a los profesionales sanitarios como a la comunidad sobre los riesgos que comporta la HTA y la eficacia de su tratamiento⁷³.

En el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial están condensadas las fórmulas más apreciadas del discurso biomédico. Es un factor de riesgo altamente biologizado y de fácil codificación en términos cuantitativos e individuales. Se utilizan instrumentos y medidas que dan confianza y refuerzan la posición de objetividad del personal sanitario. La toma de tensión arterial despoja el resultado de cualquier causalidad social alejada de las posibilidades médicas. No se trata de aquellas dolencias tan incómodas por inespecíficas que demandan muchos pacientes. Al paciente, asintomático, y por tanto sin percepción de enfermedad, se le encasilla como enfermo, y por tanto objeto del sistema médico de cuidados, y se le normativiza (Otegui, 2000). La toma de TA fue una de las actividades preventivas más consolidadas en la asistencia reformada (Larizgoitia y Starfield, 1997).

En realidad, no hay ningún estudio que demuestre una mayor eficacia del nivel primario de atención en el tratamiento de la hipertensión. En Atención Primaria habría

⁷¹ Abanades, Otero, Delgado et al., 1987. Lafont J., Fernández Ferrer ML. Bosch JM. Barriel V. Auditoría interna de seguimiento de un protocolo de hipertensión arterial. Atención Primaria. Atención Primaria. 1987; 4(3):133-135.

⁷² Travería, Monraba, Mata et al. (1987) advertían de que el beneficio de tratar a hipertensos leves era discutible.

⁷³ Dalfo, Botey, Buil et al., 1987; Travería, Monraba, Mata et al., 1987. Custodi J., Llor JL. Farrus M. Ribas E. et al. La hipertensión arterial en la comarca del Baix Ebre (Tarragona). Atención Primaria. 1989; 6(3):151-8.

un mejor seguimiento, pero en el hospital se garantizaría más cumplimiento terapéutico y reducción tensional, pues es donde el paciente se autopercebe como enfermo (Dalfo, Botey, Buil et al., 1987). El control de calidad y auditoría del proceso empleado en la asistencia del paciente era una de las prioridades de investigación recomendada por la OMS (Dalfo, Botey, Buil et al., 1987). Como ocurre en otras construcciones de la especialidad, se mitifica el valor del método y del proceso, a falta de resultados que justifiquen tales reformas.

7.4.2. Patrones organizativos

El énfasis en aspectos organizativos fue clave en el modelo de los nuevos médicos de familia españoles, pero no exclusivo de ellos. En el capítulo 3 veíamos cómo los cambios en los patrones de trabajo (trabajo en equipo, registros ..) eran frecuentemente invocados para explicar el nuevo sentido de la identidad de los GP. Bosanquet y Salisbury señalaban el doble sentido de la influencia entre ideología y cambios en estructuras organizativas (Loudon, Horder, Webster, 1998). La hipertrofia de estos aspectos compensó la carencia de habilidades específicas y la naturaleza indiferenciada de la especialidad, a la vez que reforzó su rol reformador. Sin embargo, no siempre fue bien comprendida por el resto de la comunidad científica, especialmente los médicos generales. Los sectores progresistas criticaron la focalización de la atención en los cambios organizativos que, aunque necesarios, mantuvieron la inercia del modelo médico hegemónico de atención sanitaria (Ruiz-Giménez, 1990; Marset, 1990). Similares críticas se hicieron del proceso británico en el que prevaleció el modelo biomédico sobre el biopsicosocial (Marinker, 1998).

Ya en el Libro Verde (1980), pero fundamentalmente en las célebres I Jornadas de Medicina Familiar y Comunitaria (1980), destaca el anhelo de los médicos de familia en introducir elementos racionalizadores en la asistencia. A juzgar por la cantidad de tinta que dedicaron a organizar los tiempos de atención, detallar los recursos de personal y material necesarios, y diseñar criterios de distribución geográfica de los centros (demográficos, distancia...) con un estilo cuantitativo, técnico, exhaustivo, neutro e impersonal, se puede decir que una de las inquietudes más precoces de los nuevos especialistas fue no sólo la organización del trabajo, sino

El periodo de definición (1979- 1984)

también de la Asistencia Primaria en un afán corrector de la caótica situación de partida (Otero y Engel, 1987⁷⁴). El espíritu organizativo y remodelador de los residentes dinamizó considerablemente el proceso de apertura de los Centros de Salud (Gobierno Vasco, 1985).

Llama la atención que partiendo todo este trabajo organizativo de cero, es decir, sin inspiración reconocida en experiencias anteriores, presentara semejanzas muy importantes con lo realizado en Montánchez, Tirajana y otras intervenciones pioneras, en las que unas de las primeras labores emprendidas fueron las organizativas, sin que en ellas se reconocieran tampoco modelos de inspiración (Entrevista a PBP y JCR). Es lógico pensar, por tanto, que este deseo organizativo y de disciplina responde a una tendencia intrínseca hacia la modernización, que como en Gran Bretaña, sirvió más a intereses corporativos que a demandas del público, que no siempre aceptó con agrado los cambios (Tait and Graham- Jones, 1998).

7.4.2.1. El trabajo en equipo

La organización del trabajo en equipo, supone una de las estrategias del nuevo modelo más innovadoras, más referenciadas en la prensa no médica y por tanto más divulgadas y populares.

El trabajo en equipo introducía un elemento de diversificación en la atención médica que respondía a las reivindicaciones sociales de desmedicalización de la salud e intentaba neutralizar la desconfianza que la profesión médica despertaba entre la sociedad, mediante la incorporación de otros profesionales. Los médicos de familia se apoyaban en las tesis de Illich (Jornadas, 1980), de manera que la multidisciplinariedad de los equipos entraba a formar parte, junto con la participación comunitaria, del bagaje conceptual destinado a compartir el monopolio médico de la salud. Como la participación comunitaria, el trabajo en equipo formaba parte de un proceso de democratización y modernización general de los actores sociales de aquella época, que se opuso al imperio tecnocrático. Para Maset (1984)

⁷⁴ En 1987 Otero y Engel publicaron un estudio muy citado sobre la estructura de los Centros de Salud puestos en funcionamiento entre 1985 y 1986, a partir de los estándares publicados en 1986 por el Ministerio de Sanidad y Consumo para la acreditación de Centros Docentes. Llegaban a la conclusión de que los aspectos de más valor en el desarrollo del modelo eran los de organización, por lo que serían los que precisarían más atención.

el trabajo en equipo encarnaba el papel de agente transformador sanitario en la sociedad.

El trabajo en equipo fue una de las propuestas más extendidas en el debate sanitario, entre otros, por el Grupo de Estudios Sanitarios del Colegio de Médicos de Barcelona. La práctica en equipo combatía el aislamiento profesional y psicológico del médico, a la vez que hacía más eficiente el uso de recursos, permitiendo el desarrollo de actividades extraasistenciales, como la investigación y la docencia. La organización del trabajo en equipo garantizaba la continuidad de la asistencia sin sobrecargar al médico. El cambio de patrón de morbilidad y la nueva filosofía holística del modelo sanitario eran invocados como argumentos para compartir responsabilidades en la atención a la salud. El Grupo de Estudios se planteó la posibilidad de una organización en equipo con responsabilidad colectiva, decantándose finalmente por la conservación de una responsabilidad individual (Gol, Jaen, Marcos et al. 1980).

El trabajo en equipo contribuyó a la definición de la especialidad desde sus inicios. En el Libro Verde (1980) aparecía como una característica diferenciadora respecto del trabajo de los médicos generales. La influencia del hospital moderno, de la que se alimentaban sus residentes, tuvo un papel relevante. Segovia de Arana le concedió una gran importancia (Segovia de Arana, 1986), prueba de lo cual es el hecho de que el trabajo en equipo ya apareciera en el texto elaborado por la CNE en marzo de 1979 (Libro Verde, 1980) (junto con la docencia y los registros, los otros ejes organizativos del hospital moderno)⁷⁵. Como señalaba Borrell (1991): “La vida de un Equipo de Atención Primaria del nuevo modelo es parecida a la de un centro hospitalario público, al igual que en un servicio hospitalario se realizan sesiones clínicas, tareas de investigación, auditorías de calidad asistencial y programas de salud”. El trabajo en equipo y la protocolización de tareas facilitaban los intercambios formativos, establecían criterios homogéneos de actuación aspectos clínicos y no clínicos mejorando la calidad de la atención, posibilitaban y rentabilizaban las actividades docentes y de investigación y favorecían la competencia entre profesionales, al generar mecanismos de “control entre colegas” (Castell y Batista, 1988; Borrell, 1991; Aranda, 1994; Martín Zurro, 1997).

⁷⁵ Por una medicina integral, *Profesión Médica*, 12 al 18/4/1979, pp. 6- 8.

El periodo de definición (1979- 1984)

El concepto de equipo que imperó en los Centros de Salud, en el que se incluían todos los profesionales, sanitarios o no de la Zona Básica de Salud, es el que figuraba en la legislación de estructuras básicas o en el decreto 195/185 sobre ordenación de los servicios de Atención Primaria de Salud en Andalucía, y parece tomado del consultorio periférico chileno de los años 70. Algunos autores rompieron la homogeneidad del modelo sin mucho éxito, proponiendo la organización en equipos constituidos por médico y enfermera, similares a los “equipos intrínsecos” de Pritchard (1985), o “equipos primarios horizontales” cubanos (1985)⁷⁶. El INSALUD también proyectaba la creación de parejas de médico–enfermera (las denominadas unidades básicas de salud) frente a los equipos más amplios defendidos por el Ministerio y comunidades autónomas, que finalmente imperaron.

El trabajo en equipo no fue una singularidad de la Medicina de Familia española en el contexto europeo, si no que impregnaba las tendencias internacionales de la OMS (Kaprio, 1979). Su implantación en Gran Bretaña fue precozmente estimulada a partir de la “Carta” de los GP. El trabajo en equipo fue igualmente percibido entre los GP como una señal de identidad que contribuyó considerablemente a la modernización de la profesión e imitaba la estructura hospitalaria. Permitía la dedicación de un tiempo laboral a la actualización científica (Loudon, Horder, Webster, 1998).

Para algunos autores, las reuniones de coordinación fueron consideradas un factor diferencial del nuevo modelo más fuerte incluso que el aumento de dedicación horaria de los profesionales. Seguramente debido al fuerte componente ideológico que marcó el inicio de la Reforma de la Atención Primaria en nuestro país, se desarrolló en los equipos un estilo asambleario cargado de creencias que contribuyó, una vez más, a la cohesión ética e ideológica de la especialidad. En aquellos años (1982-87) funcionaron equipos muy compactos, donde había poco margen para la heterodoxia (Aranda, 1994; Borrell, 1996). Pasado el periodo inicial, los equipos no pudieron mantener esa pureza de valores, lo que condujo al cuestionamiento de su utilidad y a una reformulación más aséptica de sus capacidades en la consecución de objetivos (Gené, 1994). La dificultad del trabajo en equipo es aceptada

⁷⁶ De la Revilla Ahumada L. Problemas detectados en el funcionamiento de las unidades de atención familiar como modelo de equipo de salud. *Atención Primaria*. 1988; 5(1):3-10.

universalmente, incluso por sus acérrimos defensores. La falta de formación y la permanencia de unos valores y prejuicios en relación a unos roles a desempeñar obstaculizaron su marcha armónica (SAMFYC, 1994; Rodríguez, Márquez y López, 1995a) y b).

Desde el principio la profesión médica percibió la medida como una agresión a la libertad para realizar su trabajo. Gervás critica la falta de fundamento científico del trabajo en equipo y su dependencia de una serie de referencias ideológicas, vulnerables a la opinión y los juicios de valor (Entrevista a JG). Entre las falsedades y vicios que detecta en el funcionamiento de los equipos, destaco: decisiones tomadas en asamblea; comunismo gregario basado en el "aquí todos somos iguales", sin compensar el esfuerzo ni penalizar su ausencia; falta de distribución responsabilidades; y riesgo de especializar la asistencia y despersonalizar la atención al paciente, dividiendo el acto médico (Gervás, 1989a; Gervás y Pérez, 1996; Gervás, 1996a; Gervás, 1996b). El trabajo en equipo fue uno de los parámetros organizativos más atacados por las propuestas neoliberales de la sanidad española durante la década de 1990 (Martín Zurro, 1997). Juan Gervás considera el trabajo en equipo una entelequia de la reforma del PSOE que contribuyó a enfrentar a médicos y enfermeras, sin añadir nada respecto a la formación continuada o la disminución de costes, que serían sus ventajas teóricas más importantes (Gervás y Pérez, 1996; Gervás, 1997).

Pese a la oposición generada en la profesión médica y a ser fuente constante de conflictos de roles, el trabajo en equipo fue una de las medidas organizativas más valoradas de la reforma y que sobrevivieron al paso de los años (Palomino y Frías, 1992). Su institucionalización con el R.D. de Estructuras Básicas, sin duda alguna lo afianzó. Pero el transcurso del tiempo fue diluyendo el papel desmedicalizador del trabajo en equipo. La evolución de los equipos, especialmente la de los primeros años, nos permite investigar el proceso por el que los médicos de familia van apoderándose de funciones que inicialmente fueron diseñadas para otros estratos de la jerarquía sanitaria y otros profesionales de la salud. La persistencia del modelo biologicista, la ausencia de otros profesionales inicialmente prometidos (psicólogos, farmacéuticos, veterinarios...), el liderazgo de los médicos de familia en la reforma, entre otros

El periodo de definición (1979- 1984)

factores, contribuyó a conservar la hegemonía del discurso médico en la atención sanitaria.

7.4.2.2. *El control del tiempo de consulta*

El aumento del tiempo de consulta fue el logro de la reforma que más acuerdo generó entre sus críticos y defensores (Elola, 1991; Gervás; AENSP. Subcomisión de Atención Primaria, 1990). La prensa médica reflejó también generosamente sus bondades (Rodríguez, Márquez y López, 1995a). En el debate sanitario una de las quejas centrales era la masificación y la falta de dedicación que convertía al médico en mero expendedor de recetas y disparaba el consumo farmacéutico. “Dos minutos más de palabra y una receta menos sería un buen eslogan para la mejora de la calidad asistencial”, se afirmaba en las sesiones sobre el plan de Humanización (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985b). La falta de dedicación impedía una adecuada atención a la gran masa de personas con enfermedades funcionales, que amenazaban constantemente el presupuesto (Tizón, 1977).

El aumento del tiempo de consulta mejoró la dimensión relacional respecto al modelo anterior y fue lo más valorado por los usuarios (Castell y Batista, 1988; SAMFYC, 1994). Sin embargo, según Gervás, el tiempo de consulta diario se mantuvo con los médicos de familia en 2,5 horas, al diferenciar la consulta asistencial de la programada (Gervás y Pérez, 1996).

El aumento del tiempo de consulta era uno de los puntos que más éxito había tenido entre la población y los profesionales, pero la demanda excesiva amenazaba este propósito. Además la alta demanda suponía una reducción del tiempo dedicado a otras actividades no directamente asistenciales (formación continuada, trabajo en equipo, investigación, organización) quizá más gratificantes y motivadoras. Una componente del nuevo rol del médico de familia era la diversificación de sus tareas⁷⁷. La sobrecarga asistencial vaciaba de sentido y

⁷⁷ En la Guía de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria, (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985a) se indicaba que el 75% del tiempo del médico debía ser asistencial (incluye a demanda, programada, y “terreno”) y el resto para labores organizativas y formativas. La naturaleza divulgativa de esta guía tuvo más importancia para la generalización de las prácticas a todos los profesionales de la

contenido los Centros de Salud, si asumían la demanda de los usuarios como su fin primordial⁷⁸. El control de la demanda se convertía en un índice de calidad asistencial. En algunos sitios se llegó a utilizar un eufemismo que suplantaba al de demanda: “consulta de recuperación de salud”. Este término trataba de dignificar el trabajo asistencial, aunque finalmente se impuso el de consulta a demanda (ACSA. Memoria de la Unidad Docente, 1985). La racionalización del tiempo de consulta se convirtió en una prioridad y un emblema de la especialidad (Abanades, Otero, Delgado et al., 1987; Buitrago y Pozuelos, 1988).

El control de la demanda fue uno de los objetivos más perseguidos por los médicos de familia mediante la programación de las consultas. Se acuñó el término “consulta programada” para designar una estrategia racionalizadora y organizativa que impedía la saturación de las consultas con enfermos crónicos (López, Martínez, Bueno et al. 1988; Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985b); SAMYC, 1994; AENSP. Subcomisión de Atención Primaria, 1990). El sentido de la consulta programada consistía en especializar (lo que comunmente en el argot profesional se denomina “dispensarizar”) las patologías más prevalentes, como la hipertensión arterial, la diabetes, la bronquitis crónica, las artropatías y la cirrosis hepática para reducir la consulta a demanda (De la Revilla, 1984). El fin último de la organización radicaba en maximizar el tiempo de consulta programada (controlada), minimizando el de demanda (descontrolada). El objetivo era que la consulta programada alcanzara hasta el 60% de la demanda total (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985a)⁷⁹ y ocupara la tercera parte del horario laboral (Santana, Portal, Brotons et al., 1987).

La programación entendida como planificación u organización del tiempo de consulta es una estrategia universal de la especialidad, importada de países anglosajones a juzgar por la bibliografía utilizada y la referencia expresa a su procedencia. Uno de los logros más repetidos en la revista *Atención Primaria* se

Atención Primaria, que para la formación de la especialidad en sentido estricto. Podemos decir que este manual fue para la Atención Primaria lo que el Libro Azul para los médicos de familia. Es destacable el hecho de que su elaboración fue responsabilidad de las personas que habían creado el R.D. de Estructuras Básicas: Carro Ramos y López Quintana, partícipes, el primero, del grupo de Montánchez y del Plan de Salud de Vizcaya, la segunda.

⁷⁸ Boletín de la SAMFYC. Año 2 N°3. Febrero de 1989.

⁷⁹ Traer aquí la Guía de Funcionamiento del Equipo de Atención Primaria significa considerar el alto grado de institucionalización que alcanzó esta práctica.

El periodo de definición (1979- 1984)

refería a los resultados obtenidos sobre las "patologías que se atienden en la consulta programada", que eran fundamentalmente las crónicas (Santana, Portal, Brotons et al., 1987). La prensa médica destacaba el gran avance asistencial que suponía el control de crónicos y el desarrollo de programas de salud (Rodríguez, Márquez y López, 1995a). A pesar de que los índices de consulta programada eran muy superiores a los de la red no reformada, y que los médicos de familia mostraban con orgullo este indicador, sólo el 50% de los CC.SS desarrollaban algún programa de salud (Elola, 1991). La consulta a demanda seguía ocupando la mayor parte del tiempo de trabajo de los médicos y enfermeras de los CC.SS., aunque con diferencias importantes respecto a la red no reconvertida (SAMFYC, 1994).

Los propios médicos de familia reconocen el carácter de segunda categoría que adquirió la consulta a demanda⁸⁰. "Sólo una adecuada programación transformará la asistencia médica ambulatoria en una verdadera atención primaria de la salud" (Argimón, 1988: 183) . Desde un enfoque estratégico, la consulta programada fue muy útil para distinguir la práctica de los médicos de familia de la de los médicos generales, a la vez que aseguraba una demanda al construir un tipo de persona enferma, que no se siente tal, y despertar en la población una nueva necesidad, la preventiva (Uribe, 1994a y b).

A los beneficios mencionados, la consulta programada añadía los derivados de la autoridad y el control que el médico de familia ejerce sobre sí mismo como recurso, y sobre el paciente, en su decisión de acudir a la consulta médica⁸¹. El sistema de citación, emulando la organización hospitalaria, contribuía a regular la demanda espontánea y elevó el umbral necesario para que un paciente decidiera acudir al médico⁸².

Desde una perspectiva antropológica se entiende que estas estrategias destruían el sistema de autocuidados, al trasladar la decisión sobre cuándo se está o

⁸⁰ Martín Zurro, A. Reflexiones sobre la programación en atención primaria. *Atención Primaria*. 1991; 8(5):363-366.

⁸¹ Un tema predilecto de la revista *Atención Primaria* hay bastantes estudios sobre el incumplimiento de la cita programada. En algunos se anima a utilizar llamadas telefónicas, cartas como medio recordatorio de la citación, etc.

⁸² Alvarez Montero S., Pérez Fernández P. Medidas orientadas a mejorar la asistencia en un centro de salud. *Atención Primaria*. 1988; 5(8):426-432.

no enfermo desde el usuario al médico (Comelles, 1993; Uribe, 1994a). Irigoyen (1996) critica la percepción de la demanda como un factor negativo que obstaculiza el cambio. Para este autor el error radica en la "formulación del concepto de necesidad de un modo rígido, esquemático e independiente de cualquier contexto social externo propio de la salud pública". Efectivamente, la focalización del interés de la Medicina de Familia "en los enfermos programados" distancia lo que médicos y pacientes perciben como necesidad.

La integralidad del abordaje concede un gran valor al contexto en detrimento del síntoma. Ello suma un nuevo riesgo de estigmatización de los modos de vida, pero además traslada el control de la demanda desde el paciente al médico. La vivencia del síntoma que experimenta el paciente pierde su relevancia a favor de signos de enfermedad o riesgos que sólo el médico puede detectar⁸³.

La consulta a demanda era una miscelánea donde el médico de familia debía abordar una gran variedad de problemas, graves y banales. Su imprevisibilidad le restaba dominio sobre las situaciones y la convertía en un escenario de trabajo poco cómodo. A ello se le sumaban las limitaciones que el discurso biomédico posee para resolver gran parte de los problemas que demanda la población y que parten de condicionantes sociales (Otegui, 2000). Así el foco de atención médica se desplaza hacia parcelas en las que una posición individualista y biologicista permite una actuación más eficaz.

La consulta a demanda, como la atención a urgencias, es el espacio en el que los usuarios conservan aún el poder de erosionar la autoridad médica y ejercer mecanismos de resistencia al control del sistema sanitario, y es en este sentido cómo Bauchillard interpreta el consumismo médico⁸⁴. En esta línea, la organización de la consulta como estrategia de control sobre el trabajo produce, entre otras implicaciones, una devaluación del síntoma. El síntoma ya no sirve para definir al paciente, como

⁸³ Para Irigoyen (1996): "...Sin entender la demanda en el marco de referencia de la cotidianidad y subjetividad de los usuarios, el principio mismo de la atención integral, que pretende ser uno de los rasgos de identidad del Centro de Salud, se puede convertir en la máscara de una nueva forma de medicalización.." p. 120.

⁸⁴ Bauchillard (1978): "Así, con la medicina la resistencia frontal ha sido sustituida por una forma más sutil de subversión, un consumo excesivo (...) que desafía completamente los objetivos de la medicina (...) ¿alienadas las masas en la medicina? En absoluto: están arruinando su institución, haciendo estallar la Seguridad Social exigiendo siempre más como una mercancía..". Citado por Irigoyen (1994), p.239.

El periodo de definición (1979- 1984)

ocurría en el modelo de ambulatorio, sino que debe ser codificado por el médico de familia para detectar una serie de enfermedades. Estas se priorizan en función de su misión de gestor y proveedor de salud (Uribe, 1994a). Los síntomas que por vagos o indefinidos sean incapaces de someterse a tal codificación son calificados de funcionales (Jiménez, Casanovas, Maiques et al. (1988)⁸⁵.

Otras circunstancias se suman para hacer de la demanda una parcela poco deseable para el médico de familia. El riesgo de convertir la labor de atención primaria en *gatepeeking*, algo así como un médico clasificador, ha sido vivido por los especialistas en Medicina de Familia como insultante por lo que tiene de similitud con el ejercicio tradicional del médico general, como agente burocrático y distribuidor de pacientes y firmante de recetas y volantes (Sainz, Salido, Rodríguez et al., 1989). El predominio de los motivos banales en la consulta a demanda es un ataque contra el narcisismo científico al sentir infrutilizados sus conocimientos (Nebot y Espínola, 1989).

La adecuación de las consultas a "las necesidades profesionales" se convirtió en un fin primordial y fue objeto de las campañas de educación sanitaria, especialmente en la puesta en marcha de los CC.SS. (Rey y Villalbí, 1987; Bullón, 1989). En este mismo sentido deben ser entendidas las medidas de control de los "hiperutilizadores"⁸⁶. Un 5% de la población consume más del 50% de los recursos sanitarios. Ello obligaba a utilizar formas más eficientes de atención que gestionaran mejor esa desigualdad (Ortún y Gervás, 1996) que, en ocasiones, llevó a la adopción de medidas desesperadas e impopulares como la limitación de la demanda a un número de pacientes y la derivación del resto como urgente (Bullón, 1989).

La diferenciación de consultas fue muy criticada por Gervás, por contribuir a separar artificialmente la unidad que debía existir entre actividades preventivas y curativas y reducir la natural variabilidad de la consulta y la accesibilidad (Gervás,

⁸⁵ Me parece significativo el dato que estos autores (1988) ofrecen en su estudio según el cual la segunda causa más frecuente de urgencia hospitalaria es el grupo de personas con síntomas mal definidos (algo que, según indican, se detecta en la mayoría de los estudios) tanto en los que acuden por iniciativa propia o derivados por su médico de cabecera.

⁸⁶ Turabian JL., Casado P. Pozo A. Orueta P. Cordero B. Estudio de una cohorte de consultantes frecuentes con patología crónica: resultado de las medidas sanitarias correctoras. Atención Primaria, 1989.6(5): 287- 90. 1989; 6(5):287-290.

1996a); Gervás y Pérez, 1996). Gervás había acuñado una forma específica de trabajo que evitaba los inconvenientes de la consulta programada: el trabajo por problemas y el cuidado anticipatorio. El trabajo por problemas suponía aceptar la realidad como punto de inicio de la acción, sin dogmatismos y explotando el frecuente contacto de los pacientes con su médico de cabecera⁸⁷. El cuidado anticipatorio a toda la población, sin distinción de edad, sexo o condición, mejora la capacidad resolutive, al aumentar la natural variabilidad de la "exposición" a los problemas (Gervás y Pérez, 1996). Los médicos de familia, años más tarde, criticaron la rigidez de las consultas, y aconsejaron reencontrarse con el valor de la atención a demanda, en torno a la cual debía repensarse el cambio hacia la promoción de salud (Aranda, 1994).

La visita domiciliaria (VD) no programada, el denostado "aviso", contiene todas las categorías expuestas de análisis de la consulta a demanda. Los avisos domiciliarios disminuyeron con el modelo reformado, sin que ello fuera un efecto previsto ni se evaluara la pertinencia de dicha disminución (Gervás y Pérez; Gervás y Pérez, 1996; Gervás, 1996). Los avisos fueron objeto de implacable persecución. Su atención no podía recaer en otros miembros del equipo. Su control llegó a institucionalizarse, como muestra su descripción en la Guía de Funcionamiento del Equipo de Atención Primaria editada por el Ministerio (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985a). La reducción de los avisos y su adecuación se presentaba como un criterio de calidad asistencial. Se relacionaba el exceso de consultas domiciliarias con la insatisfacción del usuario con la asistencia y su falta de justificación con la deficiente educación sanitaria de la población. Se proponían medidas de control, muchas de ellas controvertidas e impopulares (Buitrago y Pozuelos, 1988). Recordemos que Ann Cartwright encontró en 1987 en Gran Bretaña una reducción de visitas domiciliarias, lo cual fue objeto de crítica por parte de los ciudadanos (Loudon, Horder and Webster, 1998).

Llama la atención que aunque la visita programada (paralelamente a lo que ocurre con la consulta) no fuera objeto de rechazo expreso y realmente se consideraba

⁸⁷ Sobre el cuidado anticipatorio véase más detalladamente el trabajo de estos autores titulado. Pragmatismo en Atención Primaria. 131-2:14- Gervás JJ., Pérez Fernández M. Propuestas para mejorar el modelo español de atención primaria. 1996;2: 3:131-9. Según refieren, el concepto y la práctica sistemática del cuidado anticipatorio son de origen inglés

El periodo de definición (1979- 1984)

parte de la integralidad de la atención⁸⁸, esta se asignó a las enfermeras⁸⁹. Como ocurría con el resto de las actividades comunitarias, la visita domiciliaria supone una incomodidad no puramente física que extraía al médico del espacio donde conserva su poder.

Los médicos de familia desarrollaron una serie de habilidades para el control y la organización de la demanda, entre las que se encuentran la programación y protocolización, las técnicas de entrevista, la cita previa, y las cartillas de largo tratamiento. Habilidades que adquirieron naturaleza técnica.

Muchas de estas habilidades, como la protocolización de actividades o los sistemas de citación fueron cambios organizativos que participaron de la profesionalización de la Medicina General británica. Los protocolos pretendían reducir la incertidumbre y la arbitrariedad ligadas a la toma de decisiones, sustituyendo la intuición por la racionalización. Con los protocolos se pretendía desarrollar el trabajo cotidiano desde el rigor científico y la previsión y contribuir a su calidad (Borrell y Sanz, 1991; Carro, 1998). La protocolización contribuyó a impregnar de ortodoxia el quehacer de los nuevos especialistas, hasta la rigidez metodológica.

“...éramos muy dogmáticos en todo, en los protocolos...”(Entrevista a EBB).

En la práctica los protocolos rodearon de modernidad y espíritu científico el difícil proceso de la toma de decisiones. Por otra parte, la preciosa herencia de los dos años de aprendizaje hospitalario no era suficiente para competir con los especialistas en el manejo de patologías. El acceso más limitado a exploraciones complementarias, la menor prevalencia de las mismas (que caduca rápidamente el adiestramiento hospitalario recibido y reduce las probabilidades de prueba), el poco tiempo disponible y la enorme variedad de situaciones a afrontar, obligaron a adaptar el manejo hospitalario de estas patologías al contexto de la Atención Primaria. Protocolos y árboles de decisiones proliferaron en un intento de suplir la carencia de tiempo,

⁸⁸ "como señala Pritchard hay que potenciar las consultas domiciliarias, ya que son un buen sitio para valorar cómo viven los pacientes, ponerse al día acerca del "paciente ausente" y dar apoyo emocional a pacientes en situaciones difíciles" (Buitrago y Pozuelos, 1988).

⁸⁹ Guía de funcionamiento del Equipo de Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1985a. Este hecho tiene un gran parecido con la figura de la enfermera visitadora de la segunda^a República.

experiencia, tecnología y fe con la que contaban los especialistas hospitalarios. Los protocolos adaptaron por primera vez el discurso científico hospitalario a la realidad de la Atención Primaria y constituyeron un estímulo extraordinario para la autoformación y el debate, facilitando la creación de una red informal de comunicación científica con los especialistas hospitalarios⁹⁰.

La protocolización fue una actividad muy desarrollada en los primeros años de la especialidad. Su institucionalización fue consustancial a la reforma, y se hizo paralelamente a la elaboración al R.D. de Estructuras Básicas, en la Subdirección de Atención Primaria, durante 1983, gracias al esfuerzo e interés de la propia Subdirección, (entre sus componentes, Charo López- Quintana), médicos generales, enfermeras, médicos especialistas y residentes en Medicina Familiar y otras especialidades. La elaboración de las guías no constituyó un proceso fácil ni promovido por el titular del Ministerio, sino debido al empeño de personas comprometidas. Se reconoce la protocolización de la actividad asistencial como un logro de la reforma al reducir la variabilidad de la práctica clínica y aportar cierta unidad de criterio sobre el abordaje teórico de los problemas de salud comunes, aumentando la calidad (AENSP. Subcomisión de Atención Primaria, 1990; Gené, 1994; Ortún y Gervás, 1996).

Protocolización y programación se confundieron. Si Los protocolos proceden del mundo anglosajón, los programas se importaron de Latinoamérica según el modelo: "diagnóstico de salud- programa de salud" (Borrell, 1996). Programación era sinónimo de cubanización (Carro, 1998). Frente al modelo ambulatorio en el que el objetivo era satisfacer la demanda que genera una concepción negativa y dependiente de la salud, la nueva programación pretendía analizar la situación, determinar objetivos, fijar actividades y evaluar resultados (Aranda, 1994). Y en todo ese proceso debía participar y corresponsabilizarse la comunidad. La programación era la etapa consecutiva al diagnóstico de salud. Basándose en este esquema y en la integralidad de su atención, los médicos de familia elaboraban artesanalmente sus programas y realizaban sus propias evaluaciones: "como médicos de familia somos partidarios de la integración de funciones a nivel primario que se pone de manifiesto en la puesta en marcha de planes horizontales (...) Es decir, desde nuestro punto de vista, la

⁹⁰ Según Dolors Forés la palabra protocolo fue una invención del grupo de trabajo de Barcelona. Un médico del hospital donde trabajaban importó un protocolo de hipertensión arterial de un hospital americano (Entrevista a DFG).

El periodo de definición (1979- 1984)

responsabilidad de la elaboración de un programa de prevención de una pequeña comunidad definida geográficamente debe ser el equipo de salud.” (Aranda y De la Revilla, 1984). En la Guía de Funcionamiento del Equipo de Atención Primaria, divulgada por el Ministerio entre 1984 y 1985, la elaboración de programas todavía era una función del equipo. Más tarde, propondrían su elaboración vertical al constatar la poca rentabilidad de ese esfuerzo (Rodríguez, Márquez, López, 1995b).

Los programas básicos que se desarrollaron fueron los del adulto (que en la práctica se traducían en los de hipertensión y diabetes) y el materno- infantil, cuya marcha ya hemos examinado.

Los programas y protocolos canalizaron a gran escala innovaciones, especialmente en la prevención (Aranda, 1994). Gervás (1996) critica que se identificó programación y prevención con disminución de coste. En general, los protocolos fueron muy criticados por dogmáticos y acientíficos, de cuestionada eficacia, como los de hiperlipemia, HTA, y cáncer de endometrio; para algunos, hasta despilfarradores y peligrosos (Gervás, 1996; Ortún y Gervás, 1996; Gervás, 1997).

7.4.2.3. Los sistemas de información y registro. Evaluación de la calidad.

El fin último de los registros respondía a esa estrategia universal de la historia de las profesiones que consiste en mostrar resultados para justificar su existencia⁹¹. Ello implicó necesariamente el desarrollo, hasta extremos febriles, de sistemas de registro. Como ocurrió con otros elementos epistemológicos de la especialidad, los sistemas de registro son un buen ejemplo de la idealización del método, al que se le atribuían las capacidades de los resultados, a falta de estos.

El registro surge también como respuesta al caos organizativo de la medicina ambulatoria y como expresión del deseo de dar una continuidad e integralidad a la atención al individuo (Gol, Jaen, Marcos et al., 1980).

⁹¹ García Culebras C., González Sánchez MC., Montero Nuñez M. , et al.. Evaluación del grado de cumplimentación y accesibilidad de los datos en la historia clínica de asistencia primaria. Atención Primaria. 1988; 5(4):186-190.

El empleo de la historia clínica (HC), y sistemas de registro similares constituye una destreza técnica heredada del hospital moderno, y muy precoz en la construcción de la especialidad. Ya en el Libro Verde (1980) se destacó la importancia de un archivo central de historias clínicas en los hospitales docentes, que permitiera investigar la calidad asistencial. En las I Jornadas de Medicina Familiar de 1980 no hay propuesta sobre los CC.SS que no contenga una referencia expresa a su necesidad.

La difusión de la HC es considerada uno de los logros de la reforma, del que derivan otros importantes cambios sucedidos en Atención Primaria (AENSP. Subcomisión de Atención Primaria, 1990; Gervás, 1996).

La apertura de HH.CC. era una de las primeras actividades al poner en marcha un Centro de Salud. En algunos centros tuvieron que recurrir a su sustracción del hospital (Entrevista a ADS; Entrevista a ESG), o a su donación negociada, pero la falta de compromiso de continuidad creó problemas (AJSL. Memoria de la Unidad Docente, 1982). Finalmente, la conclusión más generalizada fue que la HC del hospital no era adaptable a la Atención Primaria y optaron por el diseño propio⁹².

El modelo de historia que se impuso fue el familiar, aunque hubo intentos de implantar modelos individuales. En cualquier caso el sistema de archivo suponía duplicidades de trabajo. Inicialmente fueron artesanales, es decir, cada equipo, mejor dicho cada Unidad Docente, diseñaba su HC en función de la bibliografía consultada, sus criterios profesionales y los recursos disponibles (Gobierno Vasco, 1985). Como en otras actividades de la especialidad, fue un proceso atomizado que aprovechó poco la experiencia de otros equipos y tampoco recurrió a las reuniones de consenso. La convergencia fue un proceso natural al que se desembocó tras la reproducción de diseños similares en los distintos puntos del país. Dicho de otro modo, como las fuentes bibliográficas, los criterios y los recursos eran similares, el resultado también lo fue, pero en cada Unidad Docente se repitió el mismo proceso elaborador. Ello llevó en muchos casos no sólo a multiplicar el esfuerzo de creación,

⁹² García Olmos L., Cañas R. Plaza M R. Valles R. Sistemas de información en Atención Primaria. Modelo utilizado en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de la Ciudad Sanitaria "1º de Octubre". Atención Primaria, 1984. 1(2): 57- 62 . 1984; 1(2):57-62.

El periodo de definición (1979- 1984)

sino el de renovar los sistemas en aquellos sitios donde el utilizado inicialmente no coincidió con el modelo que después imperó (Entrevista a JSL).

En algunos lugares de trabajo los médicos generales habían desarrollado algunos sistemas de registro, pero esto había ocurrido de una forma individual y esporádica, sin una intención evaluadora, en respuesta a necesidades organizativas básicas. Recordemos que la HC fue una de las primeras medidas que introdujo el grupo de Montánchez en su práctica. La inercia fundacional de los nuevos especialistas, que afectó igualmente a otras actividades del colectivo, les llevó a despreciar otros modelos.

A la HC se le sumaron otros registros (ficheros por edad y sexo, hoja de movimiento de consulta, registro de morbilidad...) muchos de los cuales no sobrevivieron a la presión del trabajo diario. La rigidez de los registros supuso una servidumbre difícil de mantener con el paso del tiempo, que impuso sus criterios de eficiencia y sentido común. Por otra parte, esta esclavitud fue muy criticada por los médicos generales en su incorporación a los equipos, pues la percibieron como burocratizadora y artificial. La integración de los médicos generales contribuyó a relajar esta tendencia, a lo que podemos añadir la progresiva unificación de los registros a niveles jerárquicos superiores (Gerencias, Consejerías). Los registros fueron aceptados por los médicos de familia mientras respondieron a sus propias necesidades de trabajo y se sintieron implicados en su elaboración, por muy complejos e inútiles que fueran. Su trasvase a organismos gestores superiores, les arrebató el sentido primario con el que fueron creados (por esa misma razón los médicos generales no los aceptaron desde su inicio). Algunas opiniones apuntan a la perversión de infrarregistrar como forma de contestación a la política de las gerencias⁹³.

La proliferación de registros respondía no sólo a la necesidad de mostrar resultados, sino también a la filosofía comunitaria de la especialidad de acercamiento a las características socioculturales del proceso de enfermar⁹⁴. Bajo el enfoque holístico

⁹³ Lou, 1987. Varela Pedragosa J., Berenguer Maimó J. Alonso Mayo E. et al. Atención Primaria. 1988; 5(10):543-547.

⁹⁴ Recio Barbier M., Aizpurua Aranguren E. Sarriegui Uranga I. et al. Valoración de un sistema de registro. Atención Primaria. 1988; 5(2):95-102.

de la salud se recogían datos que fácilmente incurrían en una violación de la esfera privada: estado civil, recursos económicos, profesión, vivienda, religión, nivel cultural... Particularmente llamativos eran los que aparecían en las historias ginecológicas, en las que se añadían edad de comienzo de las relaciones sexuales, relaciones prematrimoniales, frecuencia de las relaciones sexuales, presencia o ausencia de libido, orgasmo, frigidez y sensación dolorosa durante el coito (De la Revilla, 1984). En algunas encuestas de opinión, los usuarios mostraron su desacuerdo con esta intromisión (Gobierno Vasco, 1985).

El **diagnóstico de salud (DSC)** supuso la culminación de este hábito⁹⁵. El diagnóstico de salud llegó a adquirir tal relevancia que constituyó una seña de identidad indiscutible de la especialidad. Era esta una actividad obligada cuando se ponía en marcha un Centro de Salud (AJSL. Memoria de la Unidad Docente, 1982), aunque con el tiempo se iba aplazando. Su importancia quedó reflejada legalmente como una de las actividades a desarrollar por el equipo de atención primaria en el R.D. de estructuras básicas y su alusión era habitual en cualquier curso o conferencia sobre Atención Primaria (Lou, 1987).

“[empezamos] a plantearnos en aquel momento se llamaba Diagnóstico de Salud de la Comunidad, que era lo que se hacía el tercer año (...) empecé a mirar cosas con los compañeros (...) incluso empezamos a encontrar formas de DSC, que eran muy raras, que eran modalidades de investigación acción, en donde el DSC era una forma de cambiar los problemas del lugar, y consistía en escuchar, que la gente participara, esa escucha participativa era una forma de transformar la problemática biopsicosocial, o por lo menos, sociosanitaria del lugar. A mí eso me llamaba mucho la atención [¿de dónde sacabais esas fuentes?] claro, pues nos buscábamos la vida (...) otro compañero habló con no sé quién (...) hasta trajo al pueblo a una persona de no sé qué institución, que nos habló de esos temas sociosanitarios (...) (Entrevista a JLF).

El DCS era una aplicación de la orientación comunitaria de la especialidad, de ahí su importancia (Funciones, 1986). Partiendo de la concepción integral de la atención a la comunidad, la comunidad se convertía en “sujeto”, del que era obligado obtener “un adecuado conocimiento”, para planificar las medidas adecuadas a sus

⁹⁵ El diagnóstico de salud: ¿instrumento de trabajo o aproximación teórica? Editorial. Atención Primaria. 1986b); 3(5):237-238.

El periodo de definición (1979- 1984)

necesidades⁹⁶. Han sido centenas, quizá miles los diagnósticos de salud realizados en España. En general, han tenido la virtualidad de expresar la preocupación de los equipos por la colectividad de la que se responsabilizaban desde el punto de vista sanitario (lo cual suponía un importantísimo cambio cultural por parte de los profesionales). Entre los problemas detectados en los diagnósticos de salud destacan su obsesión por la información cuantitativa, su exigente exhaustividad, el alto consumo de tiempo y recursos y la falta de aplicabilidad (Aranda, 1994).

Efectivamente, el diagnóstico de salud intentaba superar una "etapa descriptiva", para ponderar los factores causales y corregirlos finalmente. El diagnóstico de salud no era un fin en sí mismo (aunque muchas veces se convirtiera en eso), sino el primer paso necesario en el proceso de planificación (Argimón, 1988). La elaboración de programas y su evaluación cerraban el ciclo administrativo (Delgado y de la Revilla, 1984). Es fácil reconocer el apoyo bibliográfico que la OMS prestó al modelo, importado por los salubristas procedentes de América Latina, que lideraron la formación epidemiológica de las primeras promociones de residentes. Ello alimentó las críticas de quienes lo consideraban "tercermundista" y las de la sociología, que acusaba de anacrónico y simplista el concepto de comunidad con el que se trabajaba (Irigoyen, 1996). Además los informes en los que se inspiraban no eran aplicables a la Atención Primaria, sino que estaban pensados para poblaciones de mayor tamaño y un nivel funcional y de decisión muy superior al del equipo de Atención Primaria (Lou, 1987). El modelo anglosajón, representado por autores como Donabedian y Pineault, se incorporó algo más tarde a la metodología española⁹⁷. Con este enfoque se perdía la supremacía de lo cuantitativo y la rigidez metodológica (Lou, 1987).

El diagnóstico de salud viene a engrosar la lista de elementos tecnificadores de la especialidad. Sus características, objetivo, científico, cuantitativo, completo (Delgado, de la Revilla, 1984), sustituyen la naturaleza subjetiva del conocimiento que el médico de cabecera tradicional tiene de la comunidad que atiende. El culto al dato, a lo cuantitativo (desde la sociología se criticaba la "cuantofrenia" de los diagnósticos de

⁹⁶ Navarro Gracia JF., Muniesa Cuenca MP., Hernández Navarrete MJ. Et al. El papel de los registros de cáncer en la planificación de la asistencia primaria. Referencia especial al sector de salud de Catalunyaud. Atención Primaria. 1989; 6(3):140-150.

⁹⁷ Antó JM., Company A. Diagnóstico de salud de la comunidad métodos medidas y fuentes de datos. Atención Primaria, 1984. 1(5): 247- 257. 1984; 1(5):247-257.

salud (Lou, 1987) encajaba perfectamente en la etapa de inmadurez epistemológica por la que atravesaba la especialidad. La estadística se convirtió en una herramienta metodológica de obligado aprendizaje (Entrevista a RRA). La mitificación del método y el dato buscaba desprenderse de la vulnerabilidad de las referencias ideológicas,

“Les preocupaba más el método, es decir, cómo planifico cómo hago un programa de salud (...) y no tenía tanto contenido ideológico como los primeros, sino que trabajaron más con el desarrollo del propio método, muy autodidacta también...” (Entrevista a RRA).

El diagnóstico de salud constituye uno de los mejores exponentes que proyectan el fetichismo metodológico de la especialidad: pensar que los métodos operan en sí mismos (Lou, 1987).

En contraste con la frecuencia con que se realizaban en la práctica los diagnósticos de salud, llama la atención la ausencia de artículos en la revista “Atención Primaria”, según se concluye del análisis de la misma que he llevado a cabo. Sin embargo, el almacenamiento de los datos obtenidos fue aprovechado para la producción científica que en una primera etapa fue excesivamente descriptiva, centrándose en aspectos de demanda y morbilidad. Posiblemente la ausencia de esta representación en la revista estuviera relacionada con el decreciente interés de los médicos de familia, que en pocos años abandonaron esta actividad tan poco práctica. Como sucedió con otras ortodoxias, la del diagnóstico de salud tropezó con la realidad de los CC.SS. Voces discrepantes en el seno del colectivo criticaron el dogma de los diagnósticos de salud por considerarlo un acercamiento simplista a un complejo proceso que sobrepasaba las capacidades y competencias de un equipo de salud (Lou, 1987). Pero el espíritu de los artífices de este método sintonizaba muy bien con la confianza de los médicos de familia en sus capacidades como motor de cambio y su compromiso social. La intensidad con la que los médicos de familia se entregaron a ello contribuyó a impregnar de romanticismo salubrista y revolucionario los primeros años de la reforma.

Los sistemas de registro están íntimamente ligados a la **evaluación de la calidad**. Esta cumplía la misión de mostrar la bondad del nuevo modelo a la población y a la profesión. Como la evaluación de los resultados en nivel de salud era bastante compleja y poco pertinente en un equipo de atención primaria, la atención se

desplazó hacia la estructura y el proceso⁹⁸. La mayoría de las evaluaciones eran realizadas por los profesionales del nuevo modelo y se referían fundamentalmente a tiempo por visita, protocolos asistenciales, satisfacción de los pacientes, prescripción farmacológica, o utilización de servicios de urgencias y hospitalarios (Juncosa, 1993; Villalbí, Guarga, Pasarín et al., 1999), por lo que algunos autores acusaron el abandono de la evaluación de los resultados (Elola, 1991). Pero los cambios en la organización del sistema asistencial no pueden repercutir en el patrón de morbilidad sino a medio y largo plazo (Villalbí, Guarga, Pasarín et al., 1999).

La mayor parte del trabajo evaluador se enmarcaba en la asistencia clínica y en el campo de los programas dirigidos a enfermedades crónicas o programa materno-infantil. De hecho, las auditorías y los protocolos fueron paralelas (Entrevista a DFG). Pocos años después, las auditorías médicas de historias se convirtieron en una práctica habitual⁹⁹. Como otras actividades del equipo, se hacían desde y para el propio equipo¹⁰⁰. En 1991 el 31% de los CC.SS. habían evaluado la totalidad de los programas en marcha (era una actividad obligatoria anual) (SAMFYC, 1994). Servían como estímulo generador de motivación a los médicos que lo realizaban¹⁰¹ en un ejercicio excesivamente autorreferencial.

Los estudios de evaluación de calidad, muchos de ellos comparativos, alcanzaron un gran éxito y fueron muy numerosos en la revista *Atención Primaria*. Para Borrell (1988) la fascinación producida por la mejora de una situación tan lamentable como la preexistente produjo una ortodoxia ideológica más interesada en el asentamiento institucional que en la crítica. La escasa representatividad de las

⁹⁸ Heather Palmer R. Garantizar la calidad de la atención primaria de la salud. *Atención Primaria*. 1989; 6(4):209-211.

⁹⁹ Blázquez Ballesteros M^aLuisa., González López E. Calvo García E. et al. Auditoría de historias clínicas: estudio clínicomicrobiológico de infecciones urinarias en un equipo de atención primaria. *Atención Primaria*. 1989; 6(1):3-6.

¹⁰⁰ Prieto Orzanco A., Reguant Fossas M. Ichaso Hernández Rubio M. S. et al. Evaluación y acreditación de los centros de salud. (VIII Jornadas De Medicina Familiar y Comunitaria). *Atención Primaria*. 1986; 3(6):347-349.

¹⁰¹ Forés García D., González CA. Iglesias Serrano C. et al. Evaluación de la atención al paciente: desarrollo de un método de auditoría médica interna sobre hipertensión arterial. *Atención Primaria*. 1984; 1(2):63-67. Abanades JC., Otero A. Alvarez MJ. Acedo SA. Llorente C. A. Auditoría de un protocolo de hipertensión arterial en Atención Primaria (tratamiento inicial y seguimiento). *Atención Primaria*. 1987; 4(5):240-247. Marquet i Palomer, Guarga i Rojas A. Evaluar la asistencia: el audit médico. *Atención Primaria*. 1988; 5(10):552-558.

Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria respecto al conjunto de los equipos de atención primaria de todo el territorio nacional obligaba a guardar mucha cautela en la interpretación de los resultados (Juncosa, 1993). Se hacía necesario una valoración real del impacto de la reforma en la salud, así como valorar críticamente los supuestos fundamentales de su organización.

Ante la dificultad de evaluar resultados, Eloia Somoza (1991) considera una serie de indicadores a partir de los objetivos que perseguía la reforma: la disminución de la frecuentación de las consultas (que era esperable a partir de la deseable autonomía del paciente y su desmedicalización); la reducción de consultas burocráticas; el aumento del tiempo del paciente; la disminución del consumo farmacéutico y las derivaciones al nivel especializado; la atención integral al individuo y la comunidad a través de los programas de salud; y la participación comunitaria.

El INSALUD ofreció algunos datos cuantitativos, más dedicados a la expansión del modelo que a sus resultados. Los datos de la Memoria funcional de la Subdirección General de Gestión de Atención Primaria de 1989 mostraban un progresivo aumento de la frecuentación, que era similar en el modelo nuevo que en el tradicional. Se atribuía este fenómeno a la captación por parte de los equipos de nuevos segmentos de la población, pero no se demostró.

La carga burocrática de las consultas continuaba siendo muy alta (27%) aunque algunos estudios muestran que era algo menor en los CC.SS. que en ambulatorios (López, Martínez, Bueno et al. 1988; López, Usieto, Rodríguez et al., 1989).

Para Eloia (1991) no existen datos que permitan comparar los patrones de utilización del medicamento en los Equipos de Atención Primaria respecto al modelo tradicional. Para Gervás, no hay resultados concordantes sobre la calidad de prescripción. Los estudios que muestran mayor calidad en los CC.SS no tiene en cuenta variables tan determinantes como formación, edad y sexo y edad de los pacientes (Gervás, 1996a, 1996b; Ortún y Gervás, 1996). No obstante, hay bastantes estudios que evidencian un cambio en el perfil prescriptor de los equipos respecto al modelo tradicional, con un número menor de recetas y del precio de las

El periodo de definición (1979- 1984)

mismas. Estas reducciones dependían por una parte del cambio organizativo (los médicos que trabajaban en los CC.SS. gastaban un 26% menos) y de la formación (los especialistas en Medicina de Familia gastaban un 46% menos) (Rey y Villalbí, 1987; Llobera, 1988; AENSP. Subcomisión de Atención Primaria, 1990; Borrell, 1991). La incorporación de la cartilla de largo tratamiento se consideraba un buen sistema para mejorar y evaluar la calidad de prescripción de medicamentos (SAMFYC, 1994), aunque otros autores la critican por burocratizadora (Gervás, 1996a); Gervás y Pérez, 1996).

El porcentaje de derivaciones a nivel especializado era menor en el modelo reformado, pero mayor el de peticiones radiológicas y de laboratorio (Ruiz- Giménez, 1990; AENSP. Subcomisión de Atención Primaria, 1990)

La frecuentación de las consultas externas y las urgencias hospitalarias aumentó notablemente durante el periodo, por lo que no podemos decir que la tendencia hospitalocentrista de la población mejorase (Elola 1991; Ortún y Gervás, 1996; Gervás, 1996a).

Aunque algunos estudios mostraban que el control de crónicos y actividades preventivas era superior en la red reformada (Borrell, 1996), a finales de 1989 sólo el 58% de los equipos en funcionamiento desarrollaba un programa de salud como media, por lo que el propio Insalud reconocía que los nuevos equipos continuaban reproduciendo el modelo tradicional de atención curativa dejando en un segundo plano las actividades preventivas (Elola, 1991). Continuaba predominando la consulta por enfermedad (64%) y la burocrática (28%) y un 33% de los equipos consideraba como problema prioritario la masificación de las consultas.

La participación comunitaria no superó la realidad cotidiana y no consiguió la eficacia y continuidad deseables. El tiempo de consulta fue el único indicador propuesto que cubría las expectativas, gracias al cual se mejoraba la calidad de la atención. Elola (1991) concluye que a pesar de este éxito, la implantación de la reforma de la atención primaria no consiguió disminuir la dependencia de los ciudadanos respecto del sistema sanitario, ni dirigirse significativamente hacia la promoción de la salud.

El primer estudio de evaluación del impacto de la reforma sobre la salud, realizado en las 23 áreas básicas de nivel socioeconómico más bajo de Barcelona, comparando las zonas reformadas con las no reformadas (Villalbí, Guarga, Pasarín et al., 1999), comprobaba un claro efecto de la reforma sobre la mortalidad general de las zonas de nivel socioeconómico bajo, con un diferencial del 32% en el declive de la mortalidad entre las zonas reformadas y no reformadas. Esta reducción de mortalidad se debía a causas de mortalidad médicamente evitables (por enfermedades cerebrovasculares o a causa de la hipertensión). La otra causa de mortalidad médicamente evitable, la mortalidad perinatal, también se reducía significativamente en todas las áreas. También se constataba la disminución de mayor mortalidad por cáncer de pulmón en las zonas reformadas. En general, las mejoras de la reforma de la Atención Primaria se apreciaban en aquellas patologías que se benefician de los cuidados anticipatorios y continuados propios de la atención primaria, como la HTA o el tabaquismo, si bien la mortalidad por cáncer de cuello uterino no mostraba cambios significativos.

7.4.3 La legitimación social y científica de la especialidad

7.4.3.1. Satisfacción del usuario.

De todos los estudios de evaluación, los de satisfacción del usuario merecen un análisis aparte, por su importancia en la consolidación de la especialidad, quizá por la fuerza legitimadora que emana de ellos. La especialización en sus principios es un proceso independiente de las demandas y necesidades de los pacientes, que se sobrevaloran, y transforman a medida de los intereses del grupo profesional (Medina, 1993). Desde los estudios más clásicos de especialización se destacaba el papel legitimador de la opinión pública en el proceso de especialización, conforme la medicina se secularizaba y aumentaba en complejidad (Rosen, 1944).

En el Libro Verde (1980) y el Libro Azul (1980) se proponían campañas de divulgación sobre la figura del médico de familia sobre la población en general, conscientes de la importancia del impacto de la idea en esta. Una actividad habitual cuando se abrían centros nuevos era convocar a los ciudadanos para explicar este cambio. En muchas ocasiones se culpaba a la Administración de no haber sabido difundir adecuadamente el cambio de modelo (Borrell, 1991).

El periodo de definición (1979- 1984)

El campo de la satisfacción de los usuarios surge en España en los primeros años de la reforma sanitaria, pero no fue un fenómeno exclusivo de nuestro país. Como veíamos en el capítulo 3, el discurso regeneracionista internacional de la Medicina General se construyó en torno a la satisfacción de los ciudadanos. Fue Donabedian (Irigoyen, 1996) quien incorporó la satisfacción como elemento evaluador de la calidad de la atención, elemento en torno al cual los profesionales elaboraron un discurso con el que buscan la aprobación y el beneplácito de los usuarios. Pero la validez de esta respuesta queda en entredicho, pues la satisfacción es un sentimiento que no se puede equiparar a una evaluación racional de la calidad, de modo que puede coexistir un alto grado de satisfacción con una asistencia de baja calidad (Irigoyen, 1996: 234). En 1984 se realizaron las primeras encuestas de posthospitalización en diversos hospitales, extendiéndose con posterioridad a la Atención Primaria. La visión predominante en este periodo se funda en la esperanza de que los usuarios apoyen las propuestas de la nueva Administración sanitaria. Los usuarios son invocados por todas las partes como medio de legitimar sus propias posiciones (Irigoyen, 1996: 232). Por eso los estudios de calidad se dedicaron frecuentemente a demostrar que el nuevo modelo satisfacía más al ciudadano¹⁰². Las encuestas de opinión se incorporaron a los estudios de evaluación que realizaban los propios residentes en los primeros años de las unidades docentes (Gálvez, de la Revilla, 1985; Orus, de Marcos, Naberán et al., 1985).

La satisfacción de los usuarios coexistió en España, durante los primeros años de reforma, con una imagen de los mismos poco edificante. Estos eran contemplados como incapaces de determinar sus mismas demandas, que se valoraban, en muchos casos como subjetivas e irreales (Irigoyen, 1996: 243). El paciente era un obstáculo para el cambio, alguien al que había que educar y orientar. Para Elola (1991), la reforma fue una propuesta de colectivos profesionales, bienintencionada, "aceptada" en mayor o menor grado por la administración sanitaria, pero realizada a espaldas de la población con rasgos de un cierto "despotismo ilustrado". Los intereses de la población fueron marginados por las alianzas entre la tecnoestructura y personal sanitario, más interesados en la expansión del sistema que en su propia eficacia. Para Irigoyen (1996), el énfasis en la satisfacción de los usuarios significaba la búsqueda desesperada de una relación entre el sistema y su entorno en la que este conservara

¹⁰² Evaluación de la opinión del usuario y el control de calidad. Atención Primaria. 1985; 2(2):61-62.

su hegemonía en la comunicación. Inicialmente los médicos de familia se preocuparon por incrementar la calidad científicotécnica de la asistencia, prestando poca atención a los aspectos más valorados por los usuarios, como la satisfacción, accesibilidad y comodidad (Gené, 1994; Gervás y Ortún, 1995). Aunque el componente humano y relacional fue incluido por los médicos de familia en su cuerpo doctrinal, llama la atención que lo hiciera tímidamente y sólo en fases avanzadas, a diferencia de lo que ocurría con los médicos anglosajones, para los que la retórica relacional constituyó un eje central del modelo que ofrecían y dedicaron más investigaciones a aspectos psicosociales de la atención (SAMFYC, 1994). A pesar de este discurso humanista, en Gran Bretaña la Medicina de Familia significó más un aumento de eficiencia y competencia profesional, que un progreso en la dinámica relacional con el paciente (Tait and Graham- Jones, 1998).

En general, los estudios mostraban más satisfacción del usuario en la red reformada (Borrell, 1996). La prensa médica destacaba, en general, la satisfacción de los usuarios del nuevo modelo, que ofrecía una atención de mayor calidad y menos masificada (Rodríguez, Márquez y López, 1995). En el estudio del Gobierno Vasco (1985) se encontraba que los pacientes valoraban como más importante la receptividad del médico a sus problemas y el tiempo de consulta. La longitudinalidad era otro aspecto muy apreciado por la población en otros estudios (Gervás y Pérez, 1996). Estos factores están ligados al componente relacional de la atención médica, que es el más estimado por los usuarios, y que reproduce la figura del médico de cabecera tradicional¹⁰³.

Sin embargo, la inclinación a favor del nuevo modelo no siempre fue concluyente en los estudios. En el estudio del Gobierno Vasco (1985) consideraban positivo el cambio de modelo, pero valoraban negativamente las preguntas relacionadas con ingresos económicos, profesión y vivienda, y el cambio frecuente de médico. Los estudios de Gálvez y de la Revilla (1985) y de Orus, de Marcos y Naberán et al. (1985) criticaban también la inestabilidad del médico. En el primero, un 52% se mostraba favorable al cambio de modelo, y en el segundo se consideraba elevado el tiempo de espera y se valoraba positivamente la HC y el sistema de

¹⁰³ Según Donabedian el énfasis que los usuarios ponen en los aspectos de calidad depende de cuál de ellos sea más deficitario (Castell y Batista, 1988; Castell y García, 1988).

El periodo de definición (1979- 1984)

citación. Por otra parte, llama la atención que aunque el análisis de la calidad a través de criterios organizativos o de calidad técnica, o la accesibilidad, solía ser favorable a los nuevos CC.SS., la opinión del usuario ofrecía en algunos trabajos comparativos resultados similares en cuanto a criterios de humanidad y competencia profesional e incluso encontraron una mejor percepción del estado de salud en los ambulatorios (López, Usieto, Rodríguez et al., 1989). En general lo que determinaba la satisfacción era la relación con el médico (Orus, de Marcos, Naberán et al., 1985). Aunque en la encuesta de opinión del Insalud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990b), los CC.SS. eran los dispositivos mejor valorados de la red sanitaria pública, la diferencia entre los que opinaban que la asistencia en CC.SS. era buena o muy buena (62%), frente a los usuarios que opinaban lo mismo de los ambulatorios (53%) no era muy grande, aunque se acrecentaba al analizar aisladamente aspectos como la suficiencia de servicios, el trato humano del personal, la preparación profesional y el tiempo de consulta. De hecho, el estudio de Blendon y Donelan para el informe Abril, en 1991, ofrecía unos porcentajes de insatisfacción del sistema sanitario muy altos (75%), con una predilección expresa sobre la medicina privada, aunque los usuarios opinaban que el trato, la comunicación y el interés de los profesionales habían mejorado en los CC.SS. Estos resultados se superponen al rechazo de la población británica a algunos cambios organizativos impuestos por el nuevo modelo de los médicos de familia que Ann Cartwright mostraba en sus estudios (Tait and Graham- Jones, 1998).

La percepción social de la mejora de la atención fue distinta, según el estrato social. La encuesta realizada en 1992 en el País Vasco concentra los mejores resultados de satisfacción en las clases más bajas, a las que la reforma dedicó mayor atención (Larizgoitia y Starfield, 1997). En la encuesta Blendon se mostraba que el grado de satisfacción variaba en función de la renta: así el 33% de los ciudadanos con baja renta pensaba que el sistema funcionaba bien y sólo el 11% de los de renta superior compartía tal opinión. Este aspecto es importante, pues a medida que la renta per cápita aumente, también crecerán aquellos sectores de la población insatisfecha con el sistema sanitario (Costas, 1998). Estos hallazgos refuerzan la hipótesis planteada en el segundo apartado de este capítulo, según la cual los propios médicos de familia se aliaron con los estratos sociales más desfavorecidos ignorando a la clase media .

El precio que quizá haya tenido que pagar el médico de familia por aumentar su control sobre la población sea el distanciamiento cultural entre ambas partes y el escaso apoyo obtenido por franjas sociales decisivas (Aranda, 1994). La discrepancia entre el valor concedido al síntoma, el escaso beneficio individual que aporta la visión colectiva de una medicina preventiva y gestora y la introducción de cambios brutales en las creencias de salud¹⁰⁴, quizá expliquen junto con otros factores el escaso eco que la Medicina de Familia ha encontrado en la sociedad, pese a la vocación participativa con la que nació.

7.4.3.2. Rentabilidad y eficiencia

La rentabilidad económica del nuevo modelo se presentaba frecuentemente como argumento legitimador de gran importancia en una sociedad que sufría restricciones económicas. Aunque la rentabilidad económica del modelo siempre fue apreciada en todos los países de nuestro entorno (Tudor Hart, 1984b), no alcanzó la importancia que en España, por no compartir el nacimiento de la especialidad el contexto de crisis económica. Existían estudios que demostraban que los sistemas que reforzaban su atención primaria y su dotación en médicos de cabecera eran más eficaces (Ortún y Gervás, 1996; Elola, 1991; Loudon, Horder, Webster, 1998).

La Atención Primaria como estrategia debía garantizar una correcta relación entre coste y eficacia (Vuori, 1984). De esta manera el nuevo modelo respondía a las fundadas críticas que culpaban del creciente coste sanitario a la falta de calidad en el primer nivel de atención (Gol, entre otros, véase capítulo 4). El discurso economicista de la salud fue uno de los factores que favorecieron el desarrollo de la Atención Primaria, como queda representado hasta la saciedad en la prensa médica (López, Delgado, Cueto et al., 1988). Los médicos generales vieron en los médicos de familia un vehículo del control del Estado sobre la profesión.

Pronto las primeras generaciones de residentes se esforzaron en mostrar el ahorro económico que se lograba con el nuevo modelo (Gobierno Vasco, 1985) y la

¹⁰⁴ Uribe (1994)b: "...A esta disensión cultural se le suma lo que Rosen llama "paradoja preventiva", al beneficiar a la población como colectivo, y sin embargo, ofrecer poco a cada individuo participante. Mientras el paciente piensa en una medicina a corto plazo, el médico de familia le está hablando desde un modelo de práctica sanitaria a largo plazo".

El periodo de definición (1979- 1984)

formación de los médicos de familia (Rey y Villalbí, 1987; Llobera, 1988).

Los estudios comparativos de rentabilidad económica entre CC.SS. reformados y ambulatorios fueron muy frecuentes (López, Delgado, Cueto et al., 1988). Los requerimientos de espacio, equipamiento, pruebas complementarias y recursos humanos del nuevo modelo, aumentaron aproximadamente en un 30% el presupuesto de sus equivalentes no reformados (Borrell, 1991). A pesar de ello, y contabilizando incluso la inversión en personal, el gasto por habitante y año era menor en los equipos reformados pues este quedaba compensado por el menor gasto farmacéutico (Ortún y Gervás, 1996; Borrell, 1996). Otros estudios mostraban el aumento del coste con el nuevo modelo¹⁰⁵.

Ya en los informes emitidos por el GAPS entre 1976 y 1980 se dudaba de que la mejora de la atención primaria fuera a traducirse en menor demanda de servicios, menores ingresos hospitalarios o en definitiva, menor gasto sanitario, pues la demanda asistencial y el gasto médico están también ligados al desarrollo socioeconómico, las características del sistema y factores dependientes del usuario (Pardell,1984; Foz, 1995). A pesar de ello, este argumento constituyó un instrumento de legitimación del nuevo modelo.

La eficiencia de los nuevos servicios sanitarios estaba vinculada sobre todo al gasto en farmacia (Borrell, 1996). En un ejercicio clásico de retórica, los médicos de familia insistieron en identificar rentabilidad con calidad (Llach, Carrasco y Puche 1984). Proliferaron los estudios de prescripción farmacológica que subrayaban el menor gasto farmacológico como índice de calidad asistencial (Rey y Villalbí, 1987)¹⁰⁶. En la misma línea, muchos estudios equipararon calidad con disminución de gasto por baja laboral¹⁰⁷.

¹⁰⁵ Mar Medina J., Ortueta Seijas J. Evaluación económica del Centro de Salud Valle de Leniz. Rentabilidad por servicios. Atención Primaria. 1985; 2(5):279-282.

¹⁰⁶ García Encabo MJ., Eguiluz López M., Escar Valenzuela I. , et al. A. Evaluación de las prescripciones farmacológicas en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Burgos. Atención Primaria. 1984; 1(5):221-227. Gené Badía J., Bosch Tirau I., Climente Urrea P., et al. Control de calidad de los tratamientos prolongados en un Centro de Atención Primaria. Atención Primaria. 1987; 4(2):67-73. Gené J., Martín Zurro A. Tratamientos farmacológicos prolongados en Atención Primaria . Atención Primaria. 1987; 4(2):59-60. De la Revilla L., Mateo E., Ruiz Avila F., Moreno García MA.

La utilización de los servicios hospitalarios (urgencias, consultas e ingreso) en los centros reformados era considerablemente inferior (40%, 28%, 16%), lo que mostraba que un aumento de la calidad de la atención redundaba en una menor demanda de los servicios hospitalarios¹⁰⁸. A veces los estudios comparativos no mostraban diferencias claras (SAMFYC, 1994).

La **atención a urgencias** fue uno de los temas favoritos de la literatura primaria, pues subrayaba la utilidad del primer nivel como puerta de acceso al sistema. La atención urgente ya venía definida como una de las misiones de los nuevos especialistas en el R.D. 3303/78 (artículo 1º, 2º) y en el Libro Verde (1980) (la atención continuada se consideraba una característica diferenciadora del ejercicio de la Medicina General). En las Primeras Jornadas de Medicina de Familia, la atención a urgencias aparecía en cada una de las comunicaciones que se referían a la organización de la asistencia. El interés de los médicos de familia en cubrir la atención urgente tuvo repercusiones importantes en los equipos a largo plazo: sobrecarga de trabajo de los profesionales, desmotivación, estrés, reducción del rendimiento personal ... (SAMFYC, 1994). El abuso de los servicios de urgencias hospitalarios se había convertido en un fenómeno preocupante, "debido a la aparente banalidad de los motivos de consulta, que consumen importantes recursos humanos y materiales"¹⁰⁹. El argumento de la eficiencia económica presidía la necesidad de trasladar esta atención al primer nivel de asistencia, lugar de dónde no debiera haber salido si se hubiera capacitado debidamente la Atención Primaria. Se calculaba que, para el mismo problema, el coste en ésta era tres o cuatro veces menor que en el hospital (Porta, Tamborero, Nebot et al. 1986). También se esgrimía el argumento de la gratificación que suponía para el profesional y el ciudadano la continuidad e integralidad de la

Estudio sobre el uso de recetas, radiología en un centro de salud urbano. *Atención Primaria*. 1988; 5(5):253-257.

¹⁰⁷ García Pascual E., Ibarrola B., Escudero G., et al.. Estudio de las bajas laborales producidas durante 1 año en la población adscrita a una Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. *Atención Primaria*. 1984; 1(5):228-232. Fryeiro JE., Escudero G., De la Cueva M., et al. Incidencia de bajas laborales en la población adscrita a una Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria (Periodo 1983- 4). *Atención Primaria*. 1985; 2(6):325-328.

¹⁰⁸ Villalbí J.R., Aguilera A. Farrés J. La reforma de la atención primaria cambia la utilización de los servicios hospitalarios. *Atención Primaria*. 1988; 5(3):150.

¹⁰⁹ Del Castillo, Huguet, Bravo et al. 1987. Jiménez, Casanovas, Maiques, et al. 1988. Agustí, 1988. Helguera Rebolledo F., Hormaechea Cazón E. Valoración del funcionamiento y de la patología asistida en un servicio de urgencia extrahospitalario rural. *Atención Primaria*. 1989; 6(5):292-298.

atención (Porta, Tamborero, Nebot et al. 1986). El médico de familia constituía la puerta de entrada al sistema sanitario, el profesional de primera línea, de contacto, y en este rol, asentado ya en la literatura internacional, la especialidad encontró una de sus fuentes más convincentes de legitimación social¹¹⁰.

Muchos autores se dedicaron a demostrar una adecuación de la demanda urgente en los hospitales tras la implantación del nuevo modelo, como ocurría en otros países (Porta, Tamborero, Nebot et al., 1986; Del Castillo, Huguet, Bravo et. al 1987; Jiménez, Casanovas, Maiques et al., 1988). La relación no quedó unívocamente demostrada¹¹¹. Algunos fueron bastante críticos con estos estudios, que redundaban en reflexiones poco fundadas sobre la importancia de la Atención Primaria (Manzanera, Alonso, Picas et al., 1986). Para otros autores la reforma no consiguió satisfacer este objetivo, pues el número de urgencias hospitalarias no cesó de crecer, triplicando la frecuentación de urgencias hospitalarias en España el promedio europeo (Ortún y Gervás, 1996; Gervás, 1996). Esa falta de consistencia en los resultados se debía para algunos al defecto de atribuir a la Atención Primaria una capacidad que dependía de factores ajenos a la misma (SAMFYC, 1994). Hay que tener en cuenta que el abuso de los servicios de urgencias es un hecho generalizado a todo el mundo occidental, incluidos países donde la Medicina de Familia está implantada desde hace muchas décadas, como USA. Otros motivos como "la fácil accesibilidad de los servicios de urgencias, su horario permanente o la mayor movilidad de la población", estarían implicados en la sobreutilización de las urgencias hospitalarias (Porta, Tamborero, Nebot et al., 1986; Del Castillo, Huguet, Bravo et. al 1987). Podríamos hacer una lectura parecida a la que Irigoyen hace de la consulta a demanda o del consumo de medicamentos, por la que el abuso de las urgencias supone la expresión de la

¹¹⁰ Velázquez M., Alamo A. Miraflores J. L et al. Urgencias en Asistencia Primaria: estudio retrospectivo de 1000 casos. *Atención Primaria*. 1984; 1(4):179-184. Llobera, 1988.

¹¹¹ Ferrus L., Roma J., Castillo A., et al. Influencia del médico de cabecera y de la distancia en la frecuentación a un servicio de urgencias hospitalario. *Atención Primaria*. 1987; 4(4):174-177. Palacios Ortega F., Ricarte Urbano E., Ochoa Gómez J. , et al. Utilización de un servicio de urgencias hospitalario. Influencia del traslado de localidad y de la asistencia médica previa. *Atención Primaria*. 1989; 6(8):572-576. Lucas Sánchez R., Beltrán Brotons JL., Martínez García F. Impacto sobre la demanda de asistencia urgente tras la puesta en marcha de un centro de salud rural. *Atención Primaria*. 1989; 6(3):160-164. Los dos primeros estudios concluyen que la frecuentación a los servicios de urgencias hospitalarios depende fundamentalmente de la distancia de la residencia al hospital y que el médico de cabecera no influye apenas en la decisión de acudir a un servicio de urgencias. En el último, la distancia del hospital no consiguió reducir el número de visitas injustificadas.

resistencia de la población a perder su poder sobre el uso de los servicios sanitarios. Es quizá en esta parcela de la atención médica donde la falta de entendimiento entre la población y los profesionales es más acusada (Porta, Tamborero, Nebot et al., 1986). La demanda urgente debe respetar la subjetividad del que consulta (Agustí, 1988) y ello la hace especialmente vulnerable a la desobediencia civil. La demanda urgente crece en respuesta a las barreras organizativas y culturales del sistema sanitario (Manzanera, Alonso, Picas et al., 1986).

La disminución del uso de interconsultas al hospital, además de legitimar económicamente la especialidad, reflejaba "la capacitación de los profesionales sanitarios y la validez del modelo de Centro de Salud como institución que satisfacía la mayor parte de las necesidades de salud de una comunidad" (Llobera, 1988; Sainz, Salido, Rodríguez et al., 1989)¹¹²: "(...) un médico de familia bien formado puede ofrecer atención definitiva por lo menos al 90- 95% de todos los problemas de salud que presenten sus pacientes"¹¹³. Este discurso reproducía el clásicamente abanderado por las agencias internacionales, y daba respuesta, como otros postulados de la especialidad, a las exigencias planteadas por el debate sanitario del final del franquismo, para el que era crucial mejorar la autonomía del médico de cabecera y su responsabilización del enfermo (Fraile, Abreu, Muñoz et al., 1986). Hemos visto anteriormente que la Medicina de Familia introduce otros elementos de control sobre el uso del sistema por parte de la población y, en este sentido, debe interpretarse la alianza Estado-profesión que marca habitualmente la historia de todas las profesiones (Villacorta, 1989). En este caso la introducción de medidas de racionalización sobre el uso del sistema beneficiaría tanto al Estado como al sector de la profesión que éste protege, y que estaba perdiendo poder frente a una población cada vez más demandante. Este es el uso, el médico de cabecera como defensor y orientador del paciente ante el sistema sanitario, más aceptado por la ideología más conservadora y actual (Aranda, 1994).

El control del acceso a especialistas es un asunto de vital importancia que define el sistema y el rol del médico de cabecera (Horder, 1998). El papel de filtro de

¹¹² Delgado A., Melguizo M., Guerrero JC., et al . Análisis de las interconsultas de un centro de salud urbano. *Atención Primaria*. 1988; 5(7):359-364.

¹¹³ Buitrago Ramirez F., Chavez García M., Del Cañizo, et al. Derivaciones al medio especializado durante 1986 en un centro de salud. *Atención Primaria*. 1988; 5(2):85-89.

los médicos de familia es muy rentable para la organización sanitaria, aunque en España se consideraba síntoma de debilidad de la especialidad (Ortún y Gervás, 1996; Gervás y Pérez, 1996; Gervás, 1996a). El médico de cabecera distingue mejor que el especialista entre paciente sano y paciente enfermo y está acostumbrado a desenvolverse en situaciones de incertidumbre. A veces lo que el médico tiene que hacer es aconsejar o asesorar en la toma de decisiones. El médico general, a través de su función de filtro, debe defender a sus pacientes de este contacto peligroso e innecesario con los especialistas, que siempre intentan "hacer algo". El médico general está preparado para, muchas veces, no hacer nada, simplemente "esperar y ver". Los médicos generales no están tan interesados por el diagnóstico como los especialistas. Para la sociedad es fundamental que los médicos generales actúen de filtro, pues se trata de lograr que la actividad médica haga menos y resuelva más. Se necesitan menos procedimientos y mejores resultados. El libre acceso al especialista puede ser despilfarrador, su atractivo es engañoso para el paciente y para la sociedad. Los pacientes pueden querer el brillo atractivo de la calidad aparente, relegando la calidad intrínseca, es decir, los mejores resultados en salud (Gervás y Ortún, 1995).

La Medicina de Familia encontró en su capacidad resolutive una fuente de legitimación social, pues el paciente valoraba positivamente que los problemas se resolvieran en el acto, en un entorno cercano (Gervás y Ortún, 1995; Ortún y Gervás, 1996; Gervás y Pérez, 1996). En la comunidad hospitalaria era la contención racional del uso por los pacientes del sistema sanitario lo que legitimaba la especialidad (Volviendo a la asistencia, 1996). Los médicos de familia en una pirueta retórica, insistieron en identificar esta "capacidad de contención" con "poder resolutive". Repudiaban el papel de *gatekeeping*, o médico clasificador, que tanto beneficiaba al sistema, pero banalizaba su sentido científico y los acercaba a la degradada figura del médico general. La capacidad resolutive de los médicos de familia eran una garantía de su calidad profesional, más que de su servicio al sistema¹¹⁴.

Los aspectos más relacionados con la capacidad técnica más valorados por los médicos eran la capacidad de resolver al menos el 80% de los motivos de consulta, el diagnóstico con las mínimas exploraciones complementarias y la

¹¹⁴ Gené Badía J. Escaso futuro para el gatekeeping en España. Atención Primaria. 1995; 15(7):418-420.

actualización permanente (Castell y Batista, 1988; Castell y García, 1988). La importancia que los médicos daban a los aspectos de capacitación técnica era coherente con la persistencia del discurso médico hegemónico (Martínez Navarro, 1982; Ruiz- Giménez, 1990; Marset, Sáez, Sánchez et al., 1997).

El intento de los médicos de familia por ampliar su campo de actuación en campos como la insuficiencia cardiaca, el hipotiroidismo, la úlcera péptica, el asma, la cirugía menor, la anticoagulación, la traumatología... debe ser visto no sólo como un intento de extender cuantitativamente su mercado de trabajo, sino también desde el deseo de minimizar el papel de clasificador y dotarlo de rigor clínico y científico. Los médicos de familia deseaban corregir la arraigada creencia que identificaba Atención Primaria de Salud con asistencia sanitaria de baja calidad, o primitiva, cuando su verdadero significado era el de primordial. Romper la imagen de la Atención Primaria como "desierto que rodea al oasis científico hospitalario" era una tarea que necesitaba no sólo de medidas legislativas y administrativas, sino también y, principalmente, de una elevación progresiva de su calidad científica y técnica y, en definitiva, de su capacidad para resolver los problemas y necesidades de salud de la población (Buitrago, Pozuelos, Nieto et al., 1988). El uso de técnicas diagnósticas y terapéuticas debía limitarse sólo por razones de ineficiencia: baja prevalencia o por el coste de los servicios (Gervás y Ortún, 1995; Ortún y Gervás, 1996). Para integrar al médico de cabecera dentro del sistema era necesario que las relaciones entre Atención Primaria y el hospital fueran más equilibradas y basadas en la complementariedad e interdependencia. La relación con el hospital permitía la verificación necesaria para evitar la involución científica (Gol, Jaen, Marcos et al., 1980).

La capacidad resolutoria del médico de familia fue uno de los parámetros más exhibidos en sus estudios. En muchos artículos se reivindicaba mayor autonomía diagnóstica, conscientes de que ello repercutiría en su reputación social y científica y su autoestima (Buitrago, Pozuelos, Nieto et al., 1988). La importancia de aumentar la capacidad resolutoria del médico de cabecera era aceptada por los propios detractores de la reforma. Su búsqueda independizaba a la nueva especialidad de la atención hospitalaria, a la par que introducía un nuevo elemento diferenciador de la práctica de los médicos generales. La excesiva formación hospitalaria al inicio de la especialidad de

El periodo de definición (1979- 1984)

los médicos de familia hizo que se incorporaran expectativas, estilos y el propio modelo de trabajo del hospital, con lo que inicialmente se produjeron desajustes y aplicación de medidas incorrectas para el nivel primario. Esto provocó críticas entre los médicos generales (Entrevista a JG). Pero la deformación hospitalaria actuó como una señal de calidad de la atención, que se había convertido en una obsesión de los médicos de familia, interesados en resaltar la diferencia con las deficiencias del modelo ambulatorio preexistente (Aranda, 1994).

Los médicos de familia exigían una mejor comunicación con el nivel especializado, a través de la elaboración de protocolos y sesiones clínicas conjuntas (Sainz, Salido, Rodríguez et al., 1989; SAMFYC, 1994). Las quejas sobre la falta de sensibilidad de los especialistas hospitalarios hacia una mejora de la comunicación entre niveles se expresaban repetidamente en la revista "Atención Primaria". Podemos decir incluso que los médicos de familia actuaron como motor en la mejora de la calidad de atención hospitalaria al reclamar de los especialistas la transmisión de una información válida (Sainz, Salido, Rodríguez et al., 1989). En el modelo tradicional, esta transmisión no existía o era de muy mala calidad, en parte por el arraigado desprecio de los especialistas a sus colegas generalistas. Este abandono actuaba además como mecanismo perpetuador de la escasa preparación de los médicos generales y de su marginación. Por añadidura, la comunicación entre médicos de familia y hospitalarios sirvió como estrategia de exclusión de los médicos generales, alimentada por el aura de calidad que todo lo hospitalario merece.

La progresiva aunque lenta generalización del lenguaje escrito para la comunicación entre niveles y la aparición de otros canales internos, como el teléfono, apartó a los pacientes de una parcela en la que la anarquía les cedía terreno, como era la transmisión verbal de la información (Sainz, Salido, Rodríguez et al., 1989).

7.4.3.4. Investigación y docencia

La inclusión de actividades de investigación y docencia en el primer nivel de atención dignificó el ejercicio profesional a la altura del resto de especialidades médicas. La creación de una literatura propia constituye un clásico y visible mecanismo en todos los procesos de especialización.

En el debate sanitario, ya se subrayaba la necesidad de que los médicos de cabecera en ejercicio participaran en la formación académica y postgraduada de todos los médicos en formación, no sólo los destinados a ejercer en este nivel asistencial. Ello supondría no sólo una capacitación real de los médicos en formación, sino que además el espíritu crítico de éstos estimularía a los médicos en ejercicio (Gol, Jaen, Marcos et al., 1980). La función docente se contemplaba en el artículo primero del R.D. 33073/78, y su importancia se expresa repetidamente en las Jornadas de 1980. En éstas se proponía que las Unidades Docentes se encargaran de formar el personal sanitario titulado que debía incorporarse al nuevo modelo de Atención Primaria. El papel docente e investigador de los CC.SS. se resaltaba prácticamente en todas las propuestas con la doble intención de dotar a la Atención Primaria de un contenido científico, pero propio e independiente de la especializada.

La relevancia que se concedía a los aspectos docentes de la especialidad queda puesta de manifiesto en el esfuerzo invertido en los programas docentes. La ausencia de directrices sobre la formación de los nuevos especialistas, que apenas quedaban esbozadas en la escueta documentación que la Comisión Nacional de la Especialidad envió a los hospitales docentes, obligó a estos a centrarse en el desarrollo de un programa formativo. Las I Jornadas de Medicina Familiar en 1980, son una buena muestra de esta precoz inquietud. Gran parte de las comunicaciones allí presentadas se dedicaban a la formación de la especialidad y en todas se reclamaba la necesidad de potenciar la formación en aspectos preventivos y comunitarios. Los proyectos iniciales de asistencia regular a sesiones de actualización en el hospital (Libro Verde, 1980), evolucionaron a propuestas más autónomas, en los CC.SS, en las que los equipos homogeneizaban sus conocimientos y mantenían su calidad, en una prolongación del ejercicio autoformativo que les caracterizó en la residencia (Borrell, 1991)

“.., había algún tipo de curso pero la verdad es que no era una cantidad importante, es decir, que nosotros fuimos todos autodidactas, y (...) eran cuestiones inicialmente puntuales, es decir, iba dando respuesta de manera autodidacta, a través de libros, a través de algún profesor, con el que teníamos oportunidad de contactar, (...) y además éramos nosotros mismos, yo siempre digo que eso fue tremendamente positivo porque la mejor forma de aprender es enseñar, (...) y tuvimos que aprender informática en cuatro días, y ya nos convertíamos en

El periodo de definición (1979- 1984)

profesores en la materia, tampoco teníamos recursos para contratar otro tipo de actividad o recursos ajenos (...)"'. (Entrevista a RRA).

El afán de los nuevos especialistas por abanderar la competencia científica es común a otros colectivos de médicos de familia, entre ellos los canadienses, de los que cabe recordar su eslogan: "en el estudio reside nuestra fuerza".

Los nuevos especialistas pusieron todo su empeño en controlar la docencia, empeño común a otros procesos internacionales de especialización y que se desarrolla con más detalle en el capítulo 8.

La dimensión investigadora de la práctica profesional del médico de cabecera se consideraba un salto cualitativo respecto al modelo tradicional, en las primeras propuestas de Gol et al.(1980). Su necesidad se justificaba por el deseo de ofrecer al médico de cabecera una base objetiva de prestigio y gratificación profesional, capaz de superar la distancia entre atención primaria y especializada. Era necesario desplazar el interés investigador hacia los problemas más frecuentes de la población, que hasta entonces eran completamente ignorados. Se proponían como cuestiones pendientes: protocolos diagnósticos, objetivos de control de calidad, estadísticas de morbilidad, eficacia y toxicidad de fármacos. Se aventuraba una tendencia hacia la indagación en la asistencia de enfermedades crónicas, una vez que las enfermedades agudas eran más fácilmente combatidas. Todo esto permitiría la construcción de una ciencia médica auténtica realizada por los médicos de cabecera y centrada en los problemas específicos de la atención primaria.

La función investigadora de la Medicina de Familia se remonta al Libro Verde (1990), y se esgrimía como característica diferencial de la Medicina General. La investigación en Atención Primaria era presentada por los médicos de familia como criterio de madurez de la especialidad de primerísima importancia para la autoestima y la imagen profesional¹¹⁵. La influencia persuasoria que esta práctica ha tenido en el resto de generalistas, clásicamente alejados de toda actividad científica, es indiscutible (Gervás, 1996a). La absorción de esta práctica, hasta entonces confinada al hospital, se hizo posible gracias en parte a la herencia hospitalaria de su formación, aunque los

¹¹⁵ III Jornadas de Debate sobre la Sanidad Pública, Diciembre de 1984. Salud 2000 n°1 Mayo 1985, p. 23- 28.

nuevos especialistas generaron una gran actividad científica, cada vez más independizada de las publicaciones hospitalarias¹¹⁶

El desarrollo de los sistemas de registro permitió esta tarea investigadora, que en sus comienzos aprovechó la abundancia de datos para iniciarse, reproduciendo y abusando de la metodología epidemiológica. Esta dependencia científica de la Salud Pública fue común a la evolución histórica de la especialidad en Gran Bretaña. En un análisis temático de la revista *Atención Primaria* en el periodo comprendido entre 1984 y 1993 (Aleixandre, Porcel, Agulló et al., 1996) se apreciaba que más de la mitad de los artículos se ocupaban de aspectos relacionados con la organización, consumo de recursos, docencia e investigación. Destacan los autores el relieve adquirido por temas relacionados con documentación médica (como los sistemas de registro). Estos temas se relacionarían con una búsqueda del colectivo por consolidar metodológicamente la especialidad. La dedicación a otros temas, como los clínicos, sería fruto de una posterior madurez epistemológica. Maset y colaboradores (1997) critican el excesivo peso del modelo biomédico en la investigación en Atención Primaria, aunque con creciente sensibilidad a aspectos de promoción de salud y salud pública.

¹¹⁶ Martín Zurro, A. Investigación en Atención Primaria. *Atención Primaria*. 1988; 5(2):65-6.

8. EL PERIODO DE CONSOLIDACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (1984-1990)

En este capítulo estudiaremos la dinámica por la que la especialidad adquirió un estatus institucional reconocido y visible. Este proceso es compartido por todos los procesos de especialización y va ligado a la aceptación social y de la comunidad científica. El esfuerzo de los especialistas en Medicina de Familia por lograr un asiento social y científico para sus instituciones es reflejo del invertido en conseguir el dominio indiscutible de la formación. Ello explica el ambivalente deseo de controlar el curso de la especialidad e independizarse del Estado, a la vez que obtener su soporte legal.

8.1. La Comisión Nacional de la Especialidad

El nacimiento de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria fue simultáneo al de las comisiones del resto de las especialidades, gracias al R.D. 2015 de Especialidades Médicas de 15/7/1978.

Para cada especialidad se constituyó una Comisión Nacional en la que estaban representadas la Sociedad Científica correspondiente, el Consejo General de Colegios de Médicos, el Ministerio de Sanidad y la Universidad. Por este R.D. se creó también el Consejo Nacional de Especialidades Médicas en el que se encontraban representadas todas las Comisiones Nacionales de Especialidad a través de sus presidentes.

Por el R.D. 3303/78 se establecieron para la Medicina de Familia Comisiones Delegadas provinciales, que eran las encargadas de poner en marcha los planes de formación a través de las rotaciones por los diferentes servicios y de evaluar el aprovechamiento del alumno. Las Comisiones Delegadas estaban formadas por el Director de Salud Pública (que actuaría como coordinador), un miembro de la

Facultad de Medicina, un miembro del Colegio de Médicos y el director o un representante de cada uno de los centros que intervinieran en la docencia. Las Comisiones Delegadas actuarían de acuerdo con las directrices de la CNE. Los miembros propuestos no participaron apenas en el curso de la especialidad “porque no les interesaba, no hubo ningún debate en este sentido” (Entrevista a AMZ). Su ineficacia, en las contadas provincias donde se constituyeron, fue denunciada repetidas veces por tutores y residentes (Informe de los MIR, 1981; Libro Verde, 1980; Libro Azul, 1980). La segunda CNE (constituida en 1984) reconoció su inutilidad y sugirió su desmantelamiento (SCNEM. Libro de actas, 21/8/1984). En su lugar, algunos propusieron Comisiones de Docencia territoriales, que deberían estar integradas por miembros de las Unidades Docentes con participación de docentes y discentes (Jornadas, 1980). En el Libro Azul (1980) se hablaba también de las Comisiones Locales de Docencia en las que estarían representados jefes de los distintos servicios y residentes. Estas Comisiones Locales habían sido un logro del movimiento MIR previo al nacimiento de la especialidad, pero el R.D. 2015 las anuló.

El primer presidente del Consejo Nacional de Especialidades fue Segovia de Arana, que también presidió la primera Comisión Nacional de la Especialidad (1978-1984). Por su labor como Secretario de Estado de Sanidad en el momento en que la especialidad fue constituida legalmente, es clásico reconocer en él su paternidad, “yo quise presidir la Comisión precisamente por el interés que tenía en la Medicina de Familia”, confesaba el profesor Segovia en una entrevista (Prieto, 1999) .

Al menos durante el primer difícil quinquenio de vida de la especialidad, la CNE no supo guiar su curso y se distinguió por una pasividad que fue muy criticada por los residentes (AMGI. Colectivo de residentes, 1981a). En marzo de 1979, poco antes de comenzar la especialidad, la CNE dictó las líneas generales de formación, en forma de dos escritos de contenido programático, en los que se contemplaba la formación de las Unidades Docentes y Comisiones Delegadas, que se caracterizaron, como decimos, por su inoperancia desde sus comienzos (Informe de los MIR, 1981). Poco más hizo la CNE hasta 1984, salvo aprobar de trámite lo que funcionó desde 1980 como pseudoprograma, el Libro Azul, confeccionado por tutores hospitalarios y residentes (AMGI. Colectivo de residentes, 1981a). El primer programa oficial de la especialidad no apareció hasta 1985, después de la reestructuración de la Comisión. La pasividad de las CNE y sus Comisiones Delegadas para ejercer su misión trasladó

El periodo de consolidación (1984-1990)

el control de la especialidad hacia los propios residentes y sus docentes, y convirtió la motivación en el motor principal de su evolución, confiriéndole a la especialidad un gran potencial transformador (AAMZ. Bloque catalán, 1981).

Para Martín Zurro esta estrategia de Segovia de Arana fue deliberada y visto con perspectiva histórica constituyó un acierto:

“Segovia de Arana acertó bastante en algo que al final fue bueno: pongamos en marcha el programa docente antes de que el sistema sanitario se transforme (¡y parecía querer empezar la casa por el tejado!) eso nos generó muchos problemas (...) pero a su vez lleno de oportunidades (...).” (Planes, 1999)

Para la composición de la primera CNE Segovia de Arana recurrió mucho a

“la OMC, representantes colegiales de médicos rurales y representantes de la universidad, APD, gente de los ambulatorios, esencialmente y alguna gente de la universidad” (Entrevista a AMZ).

Efectivamente, algunos de sus miembros procedían de la SEMER (Sociedad Española de Medicina Rural), de la Organización Médica Colegial y del colectivo de Médicos Titulares, y defendieron corporativamente posturas opuestas a las de los médicos de familia, como la homologación del título, al entender que las funciones de los primeros se superponían a la de los segundos¹.

“La CNE (...) entonces estaba formada por una serie de médicos que no tenía ningún tipo de formación científica de la época, que era la formación típicamente hospitalaria, porque fuera del hospital no había nada, entonces era gente pues que trabajaba como médicos extrahospitalarios, pero que no tenían una seria formación...” (Entrevista a LRA).

En enero de 1984 se aprobó el R.D. 127/84, por el que se regulaba la formación médica postgraduada y la obtención del título de especialista². Esta normativa cambió la composición de la Comisión Nacional de la Especialidad lo que permitió su reestructuración en julio de 1984, bajo la presidencia de A. Martín Zurro, pasando a jugar un papel trascendental en la evolución de la especialidad. La propia

¹ Febrer Callis fue presidente de la SEMER, que representaba al colectivo de médicos rurales y participante de la CNE. Aizpiri, también perteneció a la comisión bajo la presidencia de Segovia de Arana, y representaba a la organización médica colegial y a los médicos titulares.

² Para más información sobre esta normativa me remito al capítulo 6.

CNE reconoció la pasividad de sus antecesores y desplegó una febril actividad (SCNEM. Libro de Actas, 21/8/1984).

La recomposición de la CNE no fue ajena al R.D. de Estructuras Básicas de 1984 y, en general, al cambio de orientación que nacía del cambio político. En la sustitución de Segovia de Arana estaba presente el debate interno de la especialidad por los modelos que debía seguir esta. Segovia de Arana defendía un modelo filoamericano, y era apoyado fundamentalmente por Enrique Fryeiro, el coordinador de la Unidad Docente de la Clínica Puerta de Hierro. Este modelo propugnaba la creación de unidades de Medicina de Familia dependientes del hospital (Fryeiro, 1980). Granada, Barcelona y otras Unidades Docentes abogaban por un modelo de atención primaria independiente del hospital. La tensión entre estas posturas impregnó los comienzos de la especialidad y culminó con unas reuniones,

“...reuniones muy tensas en Madrid y al final Fryeiro de alguna manera perdió la batalla y se fue (...) y entonces esto también explica la mayor influencia del otro grupo, si hubiera ganado el bloque americano, pues las cosas hubieran sido muy diferentes (...) eso fue un debate clave para la especialidad (...) nosotros tendríamos en todos los hospitales del Estado, servicios de Medicina de Familia y centros de salud conectados con los hospitales, pero digámoslo así los programas de formación el mando del hospital, no de la atención primaria, era lo más fácil en aquella época ¿dónde estaba la ciencia? En el hospital, ¿dónde estaba el poder? En el hospital, pues ahora creamos un servicio de Medicina de Familia, se dota bien, y además trasladamos la ciencia a la atención primaria (...)” (Entrevista a AMZ).

El desplazamiento de una postura más proclive a la dependencia hospitalaria, hacia otra más autónoma de la atención primaria puede verse en la evolución desde el R.D. 3303/78 y la documentación inicial de la CNE, como expresiones de la primera, a la resolución de abril de 1981 y la O.M. de 1983 como representantes de la segunda (véase apartado de las Unidades Docentes). El traslado de poder de la siguiente CNE al núcleo de la propia especialidad, aunque paradójicamente constituido fundamentalmente por especialistas hospitalarios, supuso el triunfo de la autonomía de la atención primaria, sin que en ello mediaran apoyos de los médicos generales, que en sentido contrario ejercieron una férrea oposición a la especialidad.

“las personas que configuraban la Comisión a la que yo entré, pues tuvimos un artificio curioso, y es que nosotros no éramos ninguno

El periodo de consolidación (1984-1990)

médicos de familia, éramos de otras especialidades, (...) porque Amando Martín Zurro y la gente que estábamos allí, ninguno, formábamos parte, salvo uno de los médicos residentes, Luis Andrés Fernández López, que bueno era de la primera promoción y se incorporó a trabajar con nosotros (...) se perseguía que el médico de familia sólo transfiriera el 10% de lo que veía al hospital, (...) quizá por eso a lo mejor nosotros tuvimos mayor peso, porque todos nosotros éramos clínicos, teníamos peso a nivel nacional, en nuestro foro de trabajo y habíamos publicado mucho, y teníamos una experiencia docente y experiencia clínica e investigadora, por lo menos gente importante (...)” (Entrevista a LRA).

El ingreso simultáneo del presidente de la CNE de Medicina Familiar, Martín Zurro, como secretario del Consejo Nacional de Especialidades bajo la presidencia del profesor Tomás de Avendaño, durante dos años, fue un logro importante para la especialidad, porque permitió neutralizar los ataques de los enemigos de la especialidad, que en el seno del Consejo procedían fundamentalmente del ámbito universitario y en menor medida de representantes de la Medicina Preventiva. La oposición generada por las Facultades de Medicina se comprendía fácilmente por la pérdida de contenido de la carrera de Medicina que suponía la especialización de Medicina de Familia (Entrevista a AMZ).

Uno de los primeros objetivos que se planteó la CNE fue la redacción de un documento para la acreditación y evaluación de las Unidades Docentes de todo el país y una visita de inspección a las mismas (SCNEM. Libro de Actas, 10/9/1984), en un intento por corregir el abandono que habían sufrido bajo el periodo de la CNE anterior.

Los componentes de la CNE se repartieron geográficamente todo el país para evaluar la marcha de la docencia,

“un poco para palpar la realidad (...) realmente era un desastre, y desde luego eso daba un poco de razón a las críticas que había desde fuera de la especialidad” (Entrevista a AMZ).

Clasificaron las Unidades Docentes en categorías según cumplieran o no unos requisitos previamente acordados. A partir de ahí, los miembros de la Comisión revisaron regular y escrupulosamente la clasificación de los centros docentes, animando a los centros a cumplir los criterios exigibles. Esta tarea jugó un papel importante en la adquisición de prestigio de la especialidad al garantizar la calidad

de la docencia. La CNE se apoyaba en los mínimos exigidos por la Orden Ministerial de 1983 y en un documento de fabricación propia que diseñaron para evaluar la marcha de los centros. Aunque inicialmente el propósito de la CNE fue corregir las deficiencias observadas a través de un informe con sugerencias a la Dirección General de Planificación Sanitaria, el rigor con el que realizó esta tarea dotó a la Comisión, progresivamente, de mayor capacidad de control, de modo que se convirtió en el mayor referente de evaluación de la docencia de la especialidad. Esta tendencia se puso de manifiesto también en la acreditación de novo de las Unidades Docentes y de los hospitales docentes. Aunque teóricamente la CNE sólo debía informar de su adecuación al Ministerio de Educación y Ciencia, a través del Consejo General, que era el responsable último, con el paso del tiempo fue la CNE la que en la práctica monopolizó esta tarea. Por tanto, el control de la formación especializada por parte de la CNE fue un proceso largo, cargado de empeño, que no sólo prestigió la especialidad sino que además le otorgó una importante autonomía. No estuvo ausente no obstante, la competencia por este monopolio³.

La falta de capacidad ejecutiva de la Comisión obligaba a derivar algunos problemas de infraestructura a las Direcciones Provinciales sanitarias. En otras ocasiones mediaban en los conflictos ocasionados por las carencias de algunas Unidades Docentes que eran denunciadas por los residentes. La permeabilidad a las inquietudes de los residentes fue muy importante para reforzar la autoridad de los mismos en su propia trayectoria.

Otras de las funciones adoptadas por la CNE fue la designación de representantes que debían participar en los tribunales de los concursos para el acceso a las plazas de médicos de los Equipos de Atención Primaria⁴. Aunque

³ La Dirección General del Insalud expresó su malestar por no haberles solicitado información sobre el estado de los centros de salud durante el periodo de acreditaciones (SCNEM. Libro de Actas, 30/1/1987).

La CNE recibió de la Subdirección General de Planificación Sanitaria un documento para su aprobación sobre las bases para un protocolo de acreditaciones docentes por servicios, que rechazó proyectando la renovación del hasta entonces vigente, lo que tuvo lugar el 30/5/1988. (SCNEM. Libro de Actas 25/4/1988). La CNE transmitió su preocupación a la Dirección General de Ordenación profesional por la falta de consideración de la investigación y docencia en la valoración de los centros de salud.(SCNEM. Libro de Actas 24/2/1994).

⁴ La composición de los tribunales estaba reglamentada por la O.M. de 26/3/1984 y después el R.D. 2166 de 28/11/1984. En la primera se establecía claramente que en cada uno de los tribunales debía haber un médico designado por la CNE. En el segundo, dos de los cuatro vocales debían ser designados por corporaciones o entidades profesionales o científicas. En la práctica, la CNE asumió esta misión

El periodo de consolidación (1984-1990)

inicialmente la CNE intentó mantener la independencia de la Sociedad de Medicina Familiar, que propuso un listado de candidatos, posteriormente y de manera individual, en muchos casos esta designación atendía las propuestas de las Sociedades Autonómicas. Los criterios que se emplearon en esa designación fueron la proximidad de los candidatos al programa docente de Medicina Familiar y Comunitaria, el trabajo en Atención Primaria y la posesión del título de Medicina Familiar (aunque esto no era un requisito) (SCNEM. Libro de Actas, 27/7/1984). La Comisión era informada por sus vocales de las irregularidades cometidas por los tribunales, como el incumplimiento de la proporción acordada de preguntas sobre atención comunitaria (SCNEM. Libro de Actas, 8/10/1987). En 1987, las diferencias entre las convocatorias autonómicas, en cuanto a la proporción de las materias, eran muy importantes, apareciendo por ejemplo, una presencia aplastante de preguntas en Medicina Interna en la convocatoria de la Comunidad de Castilla la Mancha (81%) frente al 43% de Murcia, invirtiéndose el porcentaje en el área de Salud Pública (12% frente al 44%). También se producía una considerable ausencia de preguntas sobre otras especialidades de gran importancia en el desarrollo de la Medicina de Familia, como Traumatología, Cirugía, ORL...y una excesiva especialización de las preguntas, de manera similar a como ocurría en el examen MIR. Los especialistas en Medicina Familiar exigían una unificación de criterios en la confección de los exámenes, que respetara el programa docente y ponderara debidamente su formación⁵, discriminándola respecto a otros competidores de procedencia MIR, fundamentalmente los de Medicina Interna (Engel y Otero, 1986). La CNE creó, en respuesta a estas demandas, un banco de preguntas para exámenes (SCNEM. Libro de Actas, 15/10/1990).

Como era esperable, las vías alternativas al MIR en la especialización en Medicina Familiar fueron objeto de largos debates en el seno de la CNE. Desde sus comienzos, la Comisión apremió reiteradamente a las autoridades sanitarias para que completaran el desarrollo normativo que regulara el cursillo de perfeccionamiento contemplado en el R.D. 3303/78, ofreciendo su asesoramiento (SCNEM. Libro de Actas, 10/9/1984 y 26/10/1984). Su intención era cerrar cuanto antes las vías alternativas al MIR, expresando firmemente su apuesta por la

según consta en las actas.

⁵ Sainz Sáez- Torre N. Exámenes para los equipos de atención primaria y programa docente de MFYC. (Cartas al director). Atención Primaria. 1988; 5(6):335.

derogación del art. 8 del mencionado decreto. Argumentaban que la vigencia de esta disposición arriesgaba el rigor científico de la especialidad, que el tiempo transcurrido para conservar una vía paralela de acceso al título de especialista había sido suficiente y que suponía un agravio comparativo con el resto de los especialistas vía MIR. Alegaban, además, que este artículo no respetaba el espíritu del RD 127/84, posterior, que en su disposición derogatoria 3ª anulaba "en general, cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opusieran a ésta", como así entendían que ocurría⁶. En respuesta a un documento enviado por la Coordinadora de Residentes, expresando su inquietud por el desarrollo de las vías alternativas, la CNE aprobó un documento de posición con el voto contrario de los representantes de los residentes y que fue enviado al Ministerio de Sanidad, la SEMFYC y la Coordinadora de Residentes⁷. En este documento, tras rechazar las vías alternativas con las bases argumentales mencionadas, la CNE explicaba su colaboración en el cursillo desde la necesidad de garantizar la suficiencia formativa de los candidatos al título, evitando una mayor degradación del mismo. La CNE sospechaba que el colectivo de profesionales que podía acceder al título exigiría la minimización de los contenidos del cursillo sin la obligatoriedad de superar ninguna evaluación. Efectivamente, años más tarde los médicos titulares solicitaban a la CNE la convalidación automática del título a través de este R.D., obviando el cursillo (SCNEM. Libro de Actas, 16/6/1987). Para evitar el acceso masivo a éste, a cambio de su aceptación, insistieron en la derogación del polémico artículo, de modo que esta vía excepcional se limitara a los profesionales que cumplieran los requisitos del R.D. 3303/78 en la fecha de entrada en vigor del R.D. 127/84, siempre que lo solicitaran en los seis meses posteriores. Su empeño en cerrar este asunto lo antes posible condujo a la CNE a rebelarse ante la decisión ministerial de interrumpir los cursillos durante 1994 por falta de presupuesto, pues ello equivalía a prolongar la situación (SCNEM. Libro de Actas, 22/12/1993).

⁶ Efectivamente, en el R.D. 127/84 se aceptan sólo dos vías alternativas al MIR para la titulación de Medicina Familiar y Comunitaria: la de los profesores de Facultades que demostraran haber seguido un programa próximo al oficial, común al resto de las especialidades (artículo 18) y la acreditación de la actuación facultativa durante un periodo equivalente en todas las actividades del programa oficial, hasta 31/12/1986 (disposición transitoria cuarta). Esta última vía estaba limitada por el 5% del total de plazas MIR convocadas.

⁷ Documento de trabajo de la CNE sobre las vías de obtención del título de la especialidad. (SCNEM. Libro de Actas, 29/11/1984).

El periodo de consolidación (1984-1990)

La estrategia de la CNE fue clara: se resignó al hecho prácticamente consumado de las vías alternativas mencionadas, ante el temor a que su rechazo la apartara del control sobre el acceso a la especialidad y a que los responsables ministeriales aplicaran la peligrosa tendencia manifestada de conservar indefinidamente las vías alternativas abiertas. La CNE calculaba que la continuidad de estas vías suponía otorgar el título a 15.000 médicos, frente a los 1.300 médicos de familia vía MIR que existían en 1984. Con un crecimiento anual de 383 plazas (previsto en 1984), este hecho tenía para la CNE una repercusión muy negativa para el futuro de la especialidad, "que podía revelar la intención de establecer una política distinta a la actual para la formación de médicos de atención primaria"⁸.

El precio que la CNE tuvo que pagar por esta posición fue muy alto: la desmoralización de los residentes traducida en unas cuantiosas pérdidas por los cambios de especialidad de un colectivo desesperanzado con sus oportunidades de trabajo. En varias ocasiones después (SCNEM. Libro de Actas, 8/7/1988 y 7/7/1989), los residentes pidieron a la CNE que se pronunciara de nuevo en el tema de las vías alternativas, reafirmando esta en el primer documento de posición.

Esta estrategia colaboracionista no obtuvo los frutos esperados, pues la vía de la homologación continuó abierta durante años, dada la falta de decisión gubernamental para cerrarla⁹. Tampoco las autoridades ministeriales cedieron el control de las vías alternativas a la CNE pese a sus tentativas. En 1987 el Ministerio de Sanidad constituyó un grupo de trabajo para los cursillos de perfeccionamiento, formado por representantes de la CNE, Subdirección General de Planificación Sanitaria, Ministerio de Educación, SEMFYC y OMC (SCNEM. Libro de Actas, 27/3/1987), que desconozco si alguna vez se puso en marcha, a juzgar por la airada respuesta que mereció de la CNE. Esta se remitió al proyecto de cursillo presentado en noviembre de 1984, limitando su colaboración al diseño de los contenidos y responsabilizando a la Administración de su desarrollo práctico (SCNEM. Libro de Actas, 8/10/1987)¹⁰. También en esta misión la CNE mantuvo su independencia de

⁸ Documento de trabajo de la CNE sobre las vías de obtención del título de la especialidad (SCNEM. Libro de Actas, 29/11/1984).

⁹ En el Acta de 30/11/1995 la CNE aun aceptaba la homologación de licenciados "pre95" con al menos cinco años de ejercicio hasta el final de 1997.

¹⁰ Esta airada respuesta estaba provocada porque la Administración no respetaba la exigencia de la CNE de limitar la homologación a los médicos con cinco años de ejercicio previos a la aparición del R.D. 127/84.

la SEMFYC, cuya junta directiva consensuó, ya en 1984, un documento con los criterios que el cursillo debía cumplir y que envió a la CNE. En líneas generales tal documento no difería mucho del de la CNE (proporción de áreas de aprendizaje clínica y comunitaria, tiempo y necesidad de evaluación final), pero la CNE preservó con firmeza su monopolio exclusivo sobre el tema (SCNEM. Libro de Actas, 10/9/1984). En la práctica, el papel de la CNE en el diseño y el seguimiento del cursillo fue muy activo. La CNE era informada regularmente, a través de sus Unidades Docentes y de sus representantes en las comisiones autonómicas, de la marcha de los cursos y amonestaba a las comisiones autonómicas ante incumplimientos en el contenido de los mismos (SCNEM. Libro de Actas, 31/1/1991).

Como muestran las consideraciones finales del primer documento de posición (SCNEM. Libro de Actas, 29/11/1984)¹¹, la CNE distinguía entre formación postgraduada básica y titulación. La formación postgraduada sería un requisito para el ejercicio en Atención Primaria, pero no así la titulación, que sería un mérito profesional, para el que era preciso mantener un rígido control de acceso. En una concesión a inconfesables intereses corporativos, entendían que las razones de índole no técnica sino de política general y sanitaria (paro, insuficiente cobertura MIR) debían ser ajenas al desarrollo cualitativo de la especialidad, ante la amenaza de que la relajación del control de acceso al título vaciara de contenido la especialización en Medicina Familiar y Comunitaria. Más adelante, cuando apareció la directiva europea, la propia CNE se desmarcó de esta distinción y su postura se flexibilizó.

En efecto, la directiva de la CEE intensificó el debate sobre las vías alternativas a la especialización en Medicina de Familia¹². A partir de aquí la postura de la CNE fue contraria a la que años atrás habían manifestado. El 12 de diciembre de 1986 enviaron un documento de posición a diversas autoridades sanitarias y a los medios de comunicación, en el que defendían la especialidad como la formación específica exigida por la CEE para el ejercicio de la Medicina General. Se oponían así a los partidarios de crear una formación postgraduada básica de dos años duración, ajena a la vía MIR, porque, decían, al generar una nueva situación profesional, se agudizaría la confusión ya existente sin aportar soluciones. El esfuerzo económico

¹¹ Documento de trabajo de la CNE sobre las vías de obtención del título de la especialidad.

¹² Para más detalle sobre este debate me remito al capítulo 9.

El periodo de consolidación (1984-1990)

que supondría la creación de plazas de formación de postgrado en Medicina General para dar respuesta al acuerdo de la CE, debería ir destinado a aumentar la cobertura de la convocatoria MIR de la especialidad (SCNEM. Libro de Actas, 12/12/1986)¹³.

Pese a esta última declaración de intenciones, la CNE no aceptó fácilmente el aumento de plazas. En parte por la relajación que ello suponía de su condición de exclusividad, pero fundamentalmente, porque esta apertura se hizo en sus inicios unilateralmente por decisión conjunta de los Ministerios de Educación y Sanidad, sin las garantías de calidad que la CN exigía (entre otras, más médicos de familia en los equipos) (SCNEM. Libro de Actas, 30/1/1987)¹⁴. De nuevo, la CNE en un esfuerzo por retomar las riendas de la especialidad, ante la política de hechos consumados de la Administración, emprendió la acreditación del mayor número de centros docentes (SCNEM. Libro de Actas, 27/3/1987)¹⁵. En 1987 aumentaron las acreditaciones llegando a 686 plazas, ofertadas en la convocatoria MIR de 1988 (SCNEM. Libro de Actas, 8/10/1987), lo que suponía aproximadamente una tercera parte del aumento global de plazas MIR (SCNEM. Libro de Actas, 8/7/1988). Inicialmente los cambios fueron lentos¹⁶, pero en 1990 acordaron con decisión el aumento de las plazas MIR siempre que se asegurase un mínimo de calidad (SCNEM. Libro de Actas, 15/10/1990). En 1991, ante las presiones del Ministerio de Sanidad, aún se intensificaron los contactos con los coordinadores provinciales para forzar la oferta de plazas en los años siguientes. En 1991 se llegó a un total de 1.040 plazas acreditadas (SCNEM. Libro de Actas, 31/1/1990). Incluso se acreditaron provisionalmente hospitales pendientes de evaluación. En este punto la CNE tuvo que ceder de nuevo ante la unilateralidad del Ministerio. La CNE se esforzaba en hacer respetar la distribución de plazas aprobada por la Comisión, pero el Ministerio en alguna ocasión ignoró la oferta de ésta, sacando a mercado más plazas de las aprobadas (SCNEM. Libro de Actas, 8/10/1991). En mayo de 1992 el número de plazas acreditadas alcanzó 1.296 y se mantuvo en 1993, incluso con acreditaciones

¹³ Formación Postgraduada Básica y Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid, 12/12/1986.

¹⁴ En este acta la CNE considera que el aumento de plazas es una solución transitoria al problema de la Formación Básica Postgraduada pero que no lo aborda realmente. Ello debería hacerse en el marco de una nueva Ley de Especialidades, aplazando la CNE su discusión hasta entonces.

¹⁵ Se notifica a los coordinadores provinciales de la especialidad la necesidad de iniciar los mecanismos posibles para permitir la acreditación del mayor número de centros docentes.

¹⁶ En junio de 1989 aumentaron las plazas a 696. Y para la convocatoria de 1990 se ofertaron 731 (SCNEM. Libros de Actas, 21/4/1989 y 27/4/1990).

provisionales (SCNEM. Libro de Actas, 30/6/1993). En 1994 aumentó a 1.500. A cambio, se exigía la contratación de especialistas en los CC.SS. docentes (SCNEM. Libro de Actas, 28/4/1994). La proporción de plazas docentes en las convocatorias de concurso libre (1988) de los equipos de Atención Primaria era muy baja, lo cual era reflejo de la escasez de plazas docentes (en Galicia, Teruel, Guadalajara, y Ciudad Real, no existía ninguna), pero también de la falta de voluntad y decisión de la Administración en ocuparlas de manera estable por médicos de familia¹⁷.

Ante la amenaza persistente de crear una segunda vía para dar cabida a los licenciados a partir de 1995, la CNE propuso redoblar este esfuerzo formativo durante los cinco años siguientes, de modo que se incorporaran la mayoría de los licenciados a partir de 1995 y médicos sin especialidad al MIR, y absorber la "bolsa histórica" en unos años. Su propuesta se resumía en una única convocatoria con dos cupos: cupo para los licenciados que terminaran el año de la convocatoria y otro para la bolsa histórica. Se exigía el descenso gradual del número de estudiantes de Medicina en un 3% anual. En su declaración sobre la directiva europea, la CNE ofrecía toda su capacidad docente a cambio de que no se crearan vías alternativas a la Medicina de Familia. Exigía el compromiso del Estado en la contratación de médicos de familia para los nuevos equipos (principalmente a través de las convocatorias de plazas) y mejorar así su oferta docente.

La CNE primaba el control de la formación sobre los mecanismos de reclutamiento de especialistas. Esta estrategia, que fue muy combatida por las bases de la especialidad, obedece a una lógica fundamental de los procesos de especialización que considera decisivo para la especialidad conservar el dominio de la formación (Friedson, 1990). La CNE aprovechó oportunamente esta ventajosa posición en las negociaciones con el Ministerio, al señalar la incapacidad del sistema sanitario para cubrir la formación de grupos alternativos al sistema MIR, considerando que los más de 250 centros docentes acreditados hasta entonces no se prestarían a tal fin. La CNE señalaba acertadamente que no sería fácil organizar "sin ellos" la preparación adecuada de un contingente de 2.000 – 3.000 médicos. Esta amenaza hacía inviables las propuestas de otros grupos implicados como los

¹⁷ Alvarez Fernández M., Roselló Farrás MD. Proporción de plazas docentes de Medicina General en las convocatorias de concurso libre de los equipos de atención primaria. *Atención Primaria*. 1990; 7(6):467.

médicos generales y los estudiantes de medicina que apostaban por otras vías de formación alternativas al MIR (SCNEM. Libro de Actas, 28/4/1994)¹⁸. La tendencia expansionista de la especialidad de los últimos años que tanto había costado aceptar porque sacrificaba el espíritu de élite sobre el que se había construido, la colocó en una posición de cierto privilegio en estas cruciales negociaciones, sobre las que volveremos en el capítulo 9.

Otro punto en el que la CNE mantuvo una permanente beligerancia fue el reconocimiento de la especialidad en los baremos de provisión de plazas y el respeto a su condición preferente. La preferencia del R.D. 3303/78 fue un asunto muy debatido, sobre el que los médicos de familia se apoyaron reiteradamente en su lucha por su puesto de trabajo, como también examinaremos en el capítulo siguiente. El R.D. 2166/84 para la provisión de plazas de equipos de Atención Primaria¹⁹ supuso un revés a los intereses de los médicos de familia al no valorar suficientemente el título de especialista (SCNEM. Libro de Actas, 18/1/1985)²⁰. Pero tampoco los siguientes desarrollos normativos cumplieron las expectativas de la especialidad. La CNE protestó ante los responsables ministeriales, porque especialidades como la Medicina Preventiva y la Medicina Interna eran favorecidas en detrimento de la Medicina de Familia en el acceso a puestos de trabajo de Atención Primaria, para los que se consideraban específicamente formados (SCNEM. Libro de Actas, 16/5/1986)²¹. Además, los baremos variaban de una comunidad autónoma a otra, y se debatía en la CNE con preocupación el incumplimiento de la condición de preferencia en algunas de ellas (SCNEM. Libro de Actas, 27/4/1990 y 8/3/1993)²². Esta heterogeneidad creó una situación muy confusa a nivel nacional y

¹⁸ Declaración de la CNE en relación a la formación específica en Medicina General exigida por la directiva comunitaria a partir del 1 de enero de 1995.

¹⁹ Real Decreto 28 de noviembre de 1984, núm. 2166/84 (Mº Sanidad y Consumo). Provisión de plazas vacantes de personal facultativo en los servicios jerarquizados de Instituciones Sanitarias. B.O.E. De 6 de diciembre de 1984 (núm. 292).

²⁰ En este Acta la CNE envía escritos a la Dirección General de Planificación Sanitaria y Ministerio de Sanidad y Consumo expresando su desacuerdo por la inadecuada valoración que el R.D. 2166/84 sobre provisión de plazas vacantes de personal facultativo en los servicios jerarquizados de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, hace de la titulación de Medicina de Familia y Comunitaria.

²¹ Se protestaba por el anteproyecto de O.M. por el que se modificaban los baremos vigentes para la provisión de plazas de Medicina General en los equipos de Atención Primaria, dando respuesta a la información solicitada a la CNE ante los rumores existentes.

²² En el primer acta se recibía escrito de los tutores extrahospitalarios y de los MIR de Medicina de Familia valencianos en relación a un nuevo baremo para acceso a plazas de atención primaria, que

la CNE pidió participar en su elaboración y respetar unos criterios uniformes en todo el país (SCNEM. Libro de Actas, 1/6/1990). Hasta tal punto fueron los baremos motivo de inquietud para la Comisión, que ésta realizó una petición al Consejo recabando su apoyo para la adecuada valoración de la especialidad vía MIR en los concurso – oposición de plazas de equipo de Atención Primaria (SCNEM. Libro de Actas, 27/10/1993). La CNE recibió quejas de los tutores extrahospitalarios (SCNEM. Libro de Actas, 22/12/1993) y en 1994, ante el levantamiento de los residentes de Medicina Familiar y los coordinadores provinciales de Andalucía por la ausencia de preferencia en el acceso a puestos de trabajo, la CNE transmitió a las autoridades sanitarias su preocupación por la falta de reconocimiento de los especialistas (SCNEM. Libro de Actas, 24/2/1994).

La CNE participó con el resto de las Comisiones nacionales y, a través del Consejo, en la elaboración del Decreto de Especialidades Médicas. Formó un grupo de trabajo asesor, según lo dispuesto en la Ley General de Sanidad, del que formaba parte Martín Zurro. La valoración que la CNE hizo del borrador de dicho decreto fue, en general, positiva, especialmente en lo que se refería a la convocatoria única nacional para la obtención del título de todas las especialidades. No obstante, se opuso a las vías de acceso alternativas contempladas en el anteproyecto (disposición adicional 2ª) y al cambio de denominación de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria por Medicina General²³. La CNE esgrimía que la denominación de Medicina Familiar y Comunitaria trascendía el área clínica y permitía la diferenciación de los licenciados, lo que establecía una equidad con el resto de las especialidades. Por otra parte, decían, los médicos generales habían luchado por conseguir esa titulación. Entendían que mantener la denominación contribuía al proceso de reforma de la Medicina General en nuestro país, que aún no había concluido (SCNEM. Libro de Actas, 17/3/1989).

En 1992 aún se debatía el proyecto de Ley de Especialidades y la CNE insistía en la necesidad de que la Medicina Familiar y Comunitaria fuera un tronco propio e independiente en el nuevo proyecto (SCNEM. Libro de Actas, 18/11/1992 y

posteriormente se modificó corrigiendo el perjuicio que ocasionaba a los médicos de familia. En el segundo acta de la CNE de 8/3/1993, en respuesta a un escrito de los residentes, se recomendaba a la comunidad autónoma de Castilla y León la conveniencia de considerar los méritos de los especialistas de Medicina Familiar en la convocatoria de plazas de Atención Primaria.

²³ El representante colegial hizo constar en acta que defendía el cambio de denominación.

El periodo de consolidación (1984-1990)

30/11/1992). La troncación del examen y del periodo inicial del programa MIR incrementaría el grado de coherencia ente la formación pregraduada, los contenidos del examen MIR y la rama elegida de ejercicio profesional y permitiría producir especialistas con mayor polivalencia técnica (Martín Zurro, 1992).

Otro tema de debate en el seno de la CNE fue la definición del papel de las Unidades Docentes (SCNEM. Libro de Actas, 18/1/1985). Su larga y compleja transformación, a raíz de la puesta en marcha de los equipos de Atención Primaria, fue fuente de preocupación para la CNE que, además de elaborar propuestas reglamentarias a la Administración, pidieron la intercesión del Consejo para que ésta colaborara en el correcto desarrollo de las mismas (SCNEM. Libro de Actas, 24/1/1986).

En la CNE se informaba regularmente de las actividades realizadas por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas: programas docentes, vías alternativas a la especialización, propuesta de plazas MIR, criterios de acreditación²⁴... Se juzgaban los cambios de especialidad, las convalidaciones de los títulos extranjeros y el reconocimiento de los periodos formativos de residencia. Mantuvieron reuniones con representantes de Comisiones de otras especialidades como las de Geriátria y Psiquiatría, por invitación de estos últimos.

La CNE tenía un papel decisivo en los nombramientos de los coordinadores de las Unidades Docentes y la acreditación de tutores, si estos no eran médicos de familia vía MIR (si lo eran, bastaba con pertenecer a un CS acreditado y ser avalados por el Coordinador de la Unidad Docente).

Otras funciones de la CNE fueron el estudio pormenorizado, a instancias del Consejo, de las homologaciones (SCNEM. Libro de Actas, 15/10/1990) y el desarrollo de cursos de reciclaje para médicos generales en las Unidades Docentes, a propuesta del Ministerio y el Insalud (SCNEM. Libro de Actas, 18/1/1985).

²⁴ Información sobre la Comisión Nacional de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria. Gaceta de la sociedad española de Medicina Familiar y Comunitaria. Atención Primaria, 1994; 14(5): 801- 2

8.2. Los programas docentes

En marzo de 1979, la CNE elaboró un esbozo programático de los contenidos de la especialidad, según el cual las rotaciones hospitalarias tendrían lugar en los dos primeros años, contactando ocasionalmente con CS y unidades extrahospitalarias de Medicina de la Comunidad, que eran las estructuras donde se desarrollaría el tercer año de residencia. Se enumeraban los temas clínicos que el residente debía aprender y apenas un escueto listado de disciplinas sociales en las que debía formarse²⁵.

El Libro Azul (1980) dedicó un capítulo a un programa bastante más completo, que funcionó en la práctica hasta la aparición del primero oficial en 1985. Este programa fue confeccionado a partir de borradores de los grupos de trabajo de Madrid, catalano-balear, Ernestina Presser, de Bilbao, y las aportaciones de la reunión de tutores del 16 a 17 de junio de 1980. El área clínica se dividía en módulos de los que se especificaba sus objetivos y se pormenorizaban los "mínimos prácticos" a realizar. El área comunitaria quedaba articulada en unidades y módulos, en los que se detallaba un guión temático y unos ambiciosos objetivos de aprendizaje. Este programa aportaba al anterior una mayor amplitud y el interés en el área comunitaria.

La evolución docente de la especialidad reflejaba la tendencia, liderada por el grupo catalán, hacia una formación independiente del hospital, puesto que debía realizarse fundamentalmente en los Centros de Salud, cuando estos consiguieran una calidad adecuada, "manteniendo con el hospital los contactos que sean precisos con el fin de complementar aspectos determinados del programa" (AAMZ. Bloque catalán, 1981). Mientras esto no fuera posible debían desarrollarse simultáneamente las partes clínicas y comunitaria del programa, con cursos de Salud Pública desde el primer año e introduciendo rotaciones extrahospitalarias ya desde el segundo año, para conseguir la integración real de las dos áreas en la formación del especialista.

La inquietud por la docencia quedó reflejada en la reunión para docentes celebrada los días 9 y 10 de marzo de 1984, en Madrid (Reunión de docentes, 1984a). Algunas propuestas como las de la Unidad Docente de Puerta de Hierro, en Madrid, durante el primer año de residencia, dedicaban un día a la semana a pasar

²⁵ Documentación elaborada por la CNE, 14/3/1979, Libro Verde (1980).

El periodo de consolidación (1984-1990)

consulta en el centro extrahospitalario y en el segundo año aumentaban a dos días. Desde sus comienzos se le asignaba a cada residente la responsabilidad de un número de familias, que aumentaba a lo largo de su residencia. De esta manera, los residentes contaban con objetivos claros de aprendizaje y un modelo de trabajo (Friedro, Fraile y Alamo, 1984). Aunque este programa no se generalizó, refleja la preocupación de los líderes docentes de la especialidad por aumentar el periodo de formación en estructuras específicas de atención primaria e integrarlo en toda la residencia, preocupación que quedó recogida en las conclusiones de la reunión de Madrid.

Esta tendencia se reflejó en el primer programa oficial docente de la especialidad confeccionado por la nueva CNE, consultadas las Unidades Docentes, Coordinadora de Médicos Residentes, SEMFYC y la OMS (SCNEM. Libro de Actas, 18/1/1985), y aprobado el 13 de septiembre de 1985 (Gómez Gascón, 1997). Como se aprecia en la figura, en este programa, la docencia clínica se realizaba en áreas médicas hospitalarias durante 12 a 14 meses. Se aumentaba el periodo de formación en Atención Primaria a dos meses entre el primero y segundo año y la totalidad del tercero (Martín Zurro y Cano, 1989).

La elaboración de los sucesivos programas docentes fue una labor dinámica, siempre pendiente de actualización. A finales de 1989 se presentó un nuevo documento base invitando a participar a las Unidades Docentes (SCNEM. Libro de Actas, 6/6/1989). La CNE justificaba la renovación del programa, a partir de los acontecimientos que en los cinco años previos habían modificado el trabajo de los médicos de familia, a saber, la puesta en marcha de los Centros de Salud, la acreditación docente de muchos de ellos y la participación cada vez más activa de los tutores extrahospitalarios en la formación de los médicos de familia. El nuevo programa que se aprobó en mayo de 1990, dedicaba un capítulo al perfil profesional del médico de familia y otro a la docencia, insistiendo en este último en la necesidad de simultanear desde el primer año las actividades clínicas y comunitarias SCNEM. Libro de Actas, 19/1/1990). El programa aumentaba la duración de la rotación en los Centros de Salud, en los que se desarrollaba más de la mitad de su duración total de tres años. La formación en Medicina Comunitaria se integraba en todo el periodo formativo (Martín Zurro y Cano, 1994). En junio de 1994 el Consejo General aprobó

un nuevo programa, que desarrollaba casi el 60% de residencia en el centro de salud (Gómez Gascón y Ceitlin, 1997).

Tabla 4. Programa docente de 1985

R-1	Medicina interna y otras especialidades médicas	12- 14 meses
	Pediatría	3- 4 meses
	Obstetricia y ginecología	2- 3 meses
	Salud mental	1- 2 meses
R- 2	Urgencias medicina, pediatría, obstetricia y ginecología., cirugía y traumatología	24 meses
	Atención primaria de salud	2 meses
R- 3	Otorrinolaringología	1 mes
	Oftalmología	1 mes
	Atención primaria de salud. Urgencias de atención primaria	12 meses

(Tomado de Martín Zurro y Cano Pérez, 1989)

Tabla 5. Programa docente de 1990

Areas docentes	Hospital	Centros de salud	Otras áreas extrahospitalarias
Medicina interna y otras especialidades médicas	9 meses		
Pediatría		2- 3 meses	
Obstetricia	1 mes	1 mes	
Dermatología	1mes		
Oftalmología	1 mes		
Otorrinolaringología	1 mes		
Salud mental	1 mes		2- 3 meses
Clínica de atención primaria.		14 meses	
Medicina comunitaria			
Total	13 meses	17- 18 meses	2- 3 meses

(Tomado de Martín Zurro y Cano Pérez, 1994)

8.3. Las Unidades Docentes

Las Unidades Docentes iniciales fueron CC.SS. experimentales que se inspiraron en los servicios hospitalarios y no en modelos tercermundistas, como se criticaba frecuentemente. La influencia hospitalaria fue tal que en documentos iniciales se acuñó el término de "Servicios de Medicina Familiar y Comunitaria", para denominar estos centros (Borrell, 1996).

El primer documento donde apareció el concepto de Unidad Docente fue el elaborado por la CNE en marzo de 1979, en el que se hablaba de que el Residente de Medicina Familiar y Comunitaria establecería "contactos algunos días a la semana, con CC.SS. y unidades extrahospitalarias de Medicina de la Comunidad" y donde rotaría "durante el tercer año, para adquirir responsabilidad profesional progresiva en zonas rurales o urbanas, de Medicina Familiar, al lado de profesionales que ofrecieran las necesarias garantías docentes, con la supervisión de la Comisión Delegada".

En su composición era evidente el dominio hospitalario, que alcanzaba incluso el área comunitaria de la formación de los nuevos especialistas, pues: "se constituirían grupos docentes conjuntos entre las cátedras o servicios de Medicina Preventiva y Psiquiatría y los Servicios provinciales o territoriales de Salud Pública para el desarrollo de los aspectos formativos en Medicina Social y Comunitaria".

Estas Unidades Docentes propuestas por la CNE nunca llegaron a funcionar, entre otros motivos por la escasa motivación de sus miembros y la ausencia de especialistas en el tema.

A los seis meses del comienzo de la especialidad se creó por orden de la Subdirección General de Formación de Personal, dependiente del Insalud, la figura del tutor hospitalario de los residentes de Medicina de Familia, nombrado a propuesta de los mismos, sin capacidad decisoria, sin formación adecuada, ni remuneración, al que tampoco se le exigía responsabilidades ni resultados (AMGI. Colectivo de residentes, 1981). Llamo la atención sobre el hecho, que se desprende de las entrevistas realizadas, de que en muchos casos la figura del tutor hospitalario había sido creada por los residentes antes de su constitución legal.

En el Libro Verde (1980) se proponía la creación de una infraestructura docente hospitalaria basada en la Unidad Docente de Medicina Familiar que podría ser un embrión del desarrollo futuro de Servicios-piloto, donde se podrían realizar los programas de Medicina Familiar para los residentes y la formación de otros profesionales de la Atención Primaria. La falta de motivación de muchos de los tutores hospitalarios designados para tal fin llevó a los autores de este libro a elaborar una encuesta para captar las personas más sensibles a la especialidad, y "un curso de mentalización para los tutores de Medicina Familiar que tendría un efecto multiplicador sobre el resto de los profesionales" (Libro Verde, 1980: 110).

Las deficiencias de la estructura docente de la especialidad, que se hacía más dolorosa en aquellos aspectos más distintivos como los comunitarios, convirtieron la reivindicación de las Unidades Docentes y del tercer año extrahospitalario en eje de sus movilizaciones. Una y otra se solapaban, pues se sobreentendía que la formación comunitaria era extrahospitalaria y la carencia de estructuras dignas de impartir esa formación exigía inexcusablemente el desarrollo de una institución que cubriera esta ausencia. Se aprovechaba su funcionamiento como CC.SS piloto que marcarían las líneas de creación de otros centros. Estaba implícito que tan importante como formarse era crear centros en los que los nuevos médicos de familia pudieran ejercer su trabajo.

La reivindicación del tercer año extrahospitalario no fue unívoca en un principio

"durante un tiempo estuvimos peleando porque el 3º año fuera dentro del hospital, de hecho, es que me acuerdo perfectamente de una reunión en la que Luis de la Revilla dijo, bueno, vamos a ver un cardiólogo se forma en un Servicio de Cardiología (...), pues vosotros si vais a ser médicos de atención primaria os tenéis que formar en un sitio de Atención Primaria, y si ese sitio ahora mismo no existe pues habrá que crearlo, y fue la primera vez que yo oí hablar de Centro de Salud" (Entrevista a ESG)

Las Jornadas de marzo de 1980 pusieron de manifiesto claramente esta problemática. En ellas se presentaron borradores de trabajo sobre las alternativas posibles y de ellas partieron grupos de trabajo para confeccionar una postura y llevarla al ministerio. Las propuestas suponían un claro avance respecto al grado de autonomía del hospital planteado por el Libro Verde (1980). Se partía de la idea de

que la Medicina Comunitaria era piedra angular de la nueva especialidad y, ante la falta de centros donde se practicara, había que crearlos. Estos centros experimentales formarían parte de las Unidades Docentes, por lo que debían disponer de un tutor específico²⁶. En estas Jornadas se proponía que las Unidades Docentes debían coordinar todas las estructuras intra y extrahospitalarias que posibilitaran el desarrollo adecuado del Programa. Se creaba la figura de un tutor general con dedicación plena, que formaría parte de la CNE. El tutor hospitalario participaría en la Comisión de Docencia del centro. En la Unidad Docente estarían representados por igual docentes de todas las áreas formativas del programa de la especialidad, hospitalarios y extrahospitalarios, así como receptores de esa formación, incluyendo personal no médico y postgraduados en reciclaje. Algunos hicieron mención expresa a que la Unidad Docente debía controlar los cursos destinados al personal sanitario que se incorporase a los nuevos CC.SS. El monopolio docente no recaería en los médicos, sino en un equipo multidisciplinario²⁷.

De los grupos de trabajo que presentaron sus propuestas en estas Jornadas, uno de los más activos fue el catalán-balear. Estaba formado por Martín Zurro y residentes del Hospital Príncipes de España de Barcelona y presentó un programa de formación que había elaborado los meses previos para la puesta en marcha de una Unidad Docente embrionaria en su hospital. Esta Unidad carecía de financiación propia, por lo que dependía totalmente de la buena disposición de los profesionales que colaboraban en la misma (AAMZ. Unidad docente, 1980:3).

De las Jornadas nació un compromiso de trabajo sobre la formación del tercer año en cada una de las Unidades Docentes del Estado y la convocatoria por parte del Ministerio de una reunión que se celebró en junio de 1980 con tutores.

Paralelamente, en las distintas Unidades Docentes se realizaron negociaciones y medidas de presión con los responsables locales. Así, en Granada, desde marzo de 1980 se planteó al Hospital la creación de un área extrahospitalaria o centro de salud como lugar físico donde impartir la enseñanza del tercer año y se implicó a la Comisión de Docencia del hospital en la enseñanza de ese tercer año

²⁶ Formación específica en Medicina de la Comunidad. Burgos. Ponencia presentada en las I Jornadas de Medicina Familiar y Comunitaria. Marzo 1980.

²⁷ El programa de formación en Medicina Familiar y Comunitaria. Ponencia presentada en las I Jornadas de Medicina Familiar y Comunitaria, Madrid 1980.

para garantizar de esta manera, que la Administración central no considerara a los Ambulatorios como el lugar idóneo para realizar el programa práctico de tercer año. Para conseguir estos fines se presentó un documento titulado "Programa de docencia del tercer año de Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria", consiguiéndose que la citada Comisión asumiera su contenido. A los pocos meses, se reunieron con el Director Provincial del Insalud para explicar sus proyectos y solicitar un catálogo de posibles locales que pudieran utilizarse como Centro de Salud. Ante la posibilidad de que la Caja General de Ahorros de Granada cediera al Insalud un local que utilizaba como dispensario, el grupo de tutores y residentes confeccionó un documento titulado "Proyecto de utilización del Dispensario de la Caja General de Ahorros situado en el barrio de la Cartuja como Centro de Salud docente". En este documento se explicaban los objetivos, fundamentos del centro, horarios, personal,...y se entregó a la dirección del Insalud y en la Ciudad Sanitaria para ser aprobado por el Ministerio de Sanidad. Hasta enero de 1981, cuando apenas quedaban seis meses para el comienzo del tercer año de formación, no volvieron a reunirse con el Director Provincial del Insalud, para entonces otro distinto (De la Revilla, 1984).

A lo largo del segundo semestre de 1980 y el primero de 1981 se desarrollaron negociaciones entre una comisión delegada de responsables docentes y responsables del Insalud, entre otros, Ortiz Berrocal, encargado de los temas de formación de personal. En la comisión de docentes participaron Amando Martín Zurro y Francisco Cano Pérez de Barcelona, Enrique Fryeiro de Madrid, Luis de la Revilla de Granada, entre otros, quienes consultaban de manera informal sus residentes,

"para ver si íbamos bien, porque nosotros tampoco teníamos ni idea, entonces siempre consultábamos con ellos" (Entrevista a AMZ).

La trayectoria reivindicativa e insurgente de algunos de ellos, como Martín Zurro, que había sido representante de residentes años atrás, facilitó contactos con autoridades ya conocidas de la Subdirección. Por otra parte, según reconoce al menos este líder, la Administración de la UCD fue bastante permeable a las propuestas de sus interlocutores, quizá también por la falta de una orientación que vertebrara contrapropuestas (Entrevista a AMZ). La idea central de las negociaciones era la necesidad urgente de crear una estructura, aun a costa de su provisionalidad,

El periodo de consolidación (1984-1990)

para dar salida a la formación del tercer año de las primeras promociones de residentes (la primera promoción comenzaba su tercer año el 1/6/1981).

En febrero de 1981, la Subdirección General de Formación de Personal instaba en una orden a las Direcciones Provinciales del Insalud a hacer las oportunas gestiones para poner en marcha el programa extrahospitalario de los residentes de tercer año. El cumplimiento de órdenes tan ambiguas fue muy irregular. En Granada se organizó una Comisión, de la que formaban parte el Director territorial de la Salud, Director Provincial del Insalud, el Tutor de los residentes y un residente. Esta comisión se reunió en tres ocasiones, consiguiendo, tras duras discusiones, elaborar una propuesta que se elevó a la Subdirección. En ella destacamos la referencia que se hacía a que la formación extrahospitalaria se debía realizar en un Consultorio de Medicina General enfocado como Centro de Salud, con misión específica de impartir docencia a los médicos de Medicina Familiar y Comunitaria y con un presupuesto propio de 3.800.000 pesetas (De la Revilla, 1984).

Las movilizaciones de marzo de 1981 de los residentes presionaron al Ministerio para que tomara una decisión respecto al problema, consiguiendo que se publicara la Circular de la Dirección General del Insalud de 25 de abril (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1981). La resolución tomó como modelo la propuesta presentada por el grupo de Barcelona y, aunque fue aceptada por la Coordinadora de Residentes (AMGI. Reunión de la coordinadora, 1981), no satisfizo a su conjunto porque una normativa de rango tan inferior no era suficiente para institucionalizar las Unidades Docentes y sufría de "múltiples lagunas, derivadas en gran parte de la premura con la que fue elaborada y dictada y no contemplaba ningún cambio legislativo de entre los que este grupo consideraba imprescindibles para asegurar un éxito uniforme ni su continuidad, dejando de nuevo al arbitrio de los residentes la buena marcha de la experiencia" (Informe de los MIR, 1981). A posteriori, desde la especialidad se consideró un logro importante, pues gracias a esta disposición legal menor se pusieron en marcha las primeras 26 Unidades Docentes en Madrid, Andalucía, Euskadi, Aragón y Galicia.²⁸

La evolución de las disposiciones reglamentarias contenidas en la resolución de 1981 traduce un importante debate. Es cierto que ya desde el primer documento

²⁸ Martín Zurro, 1999. El País, 19/12/1982.

de la CNE se planteaba que el tercer año de formación debía ser extrahospitalario, pero la formación del residente dependía de los hospitales, de Unidades de Medicina Familiar controladas por ellos. Esta propuesta otorgaba un peso importante a las Facultades de Medicina. Esta batalla se reflejó más tarde como hemos visto ya, en el cambio de la composición de la Comisión Nacional de la especialidad. La resolución que finalmente aprobó el Insalud recogía la postura de los residentes, presentada en las Jornadas y vehiculadas por los tutores en las negociaciones con el Ministerio, centrando el tercer año de formación en la Atención Primaria y aprovechando el diseño de la especialidad para dinamizar la reforma.

En la resolución de 1981 se reconocía que para cumplir los objetivos docentes era necesario: una infraestructura adecuada (centro de asistencia primaria), asignación de una comunidad determinada geográficamente, personal docente adecuado (médicos de asistencia primaria, especialistas y técnicos de salud pública "con la motivación suficiente para participar en el programa") y un presupuesto específico. La propuesta, según la propia resolución, "abre una brecha en la estructura asistencial actual de la medicina primaria en línea con la reforma sanitaria; dota de un contenido práctico a la especialidad desde su comienzo; aportará cambios cualitativos que permitirán valorar las ventajas del nuevo modelo".

Para poner en marcha transitoriamente esta estructura, "se facultaba a las Direcciones Provinciales acordar, a propuesta de los residentes y tutores de MFyC, con médicos titulares de cupo de la Seguridad Social, para que los cupos de dichos facultativos fueran puestos a disposición de las Unidades Docentes, de forma voluntaria y sin menoscabo de su responsabilidad sobre ellos". Ello se haría con los médicos generales de reconocido prestigio y se les otorgaría diplomas de docencia que acreditasen su colaboración. Cada médico de tercer año tendría adscrito a su cuidado 150 familias, de acuerdo con estándares establecidos en otros países para los programas de formación de este tipo. Ello equivalía a unos seis médicos de familia residentes por cada cupo. Esta normativa también contemplaba el uso de la historia clínica (y su archivo, según las normas internacionales establecidas para este tipo de centros y que habría que normalizar en nuestro país) y otros sistemas de registro precisos para la evaluación, así como las funciones de los técnicos de salud y del Coordinador, cuyo nombramiento efectuaría la Delegación territorial del

departamento y podría recaer en los tutores hospitalarios, oídos los representantes de los residentes (aunque también podría recaer sobre otros facultativos).

Como temían los residentes en su informe a la OMS, la puesta en marcha de las Unidades Docentes fue difícil e irregular. En aquellas que carecían de una cabeza tutorial que liderara el proceso, el modelo quedaba a merced de la disponibilidad de los titulares y del voluntarismo de los residentes, puesto que el Insalud no asumió en ningún caso la responsabilidad de poner en marcha las unidades²⁹. Pese a que los representantes de los médicos de familia participaron en el diseño de la puesta en marcha de las primeras Unidades Docentes, su curso desencadenó divergencias en el seno del colectivo. En la reunión de Unidades Docentes celebrada en Madrid en 1984, el coordinador de la Unidad Docente de la Ciudad Sanitaria de La Paz, Angel Otero Pume, se quejaba de que "la aparición de las Unidades Docentes era el punto culminante de la precipitación y de la política del parche. Su abordaje se hizo de forma precipitada y superficial, por lo que las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria pronto pasaron a ser, en la mayoría de los casos, estructuras fantasmas por lo que tenían de vacías a pesar del bonito nombre" (Reunión de docentes, 1984a)

Uno de los problemas que surgieron en este desarrollo fue la falta de personal docente adecuado. Los residentes buscaban cupos cuya atención dependiera de médicos que colaboraran voluntariamente en la empresa. Siempre que fue posible primó la motivación de médicos titulares jóvenes que veían en esta estrategia la posibilidad de mejorar su trabajo y "engancharse" al carro de la reforma.

"(...) trabajaba con mucha más dedicación que cuando yo estaba solo, (...) trabajábamos mucho más, estábamos casi toda la mañana (...) seguían pagando por cartillas, daba igual el tiempo que estuviéramos, nosotros seguíamos siendo médicos generales, éramos tutores y tal, pero la tutoría era una cosa así de las unidades docentes, un poco extraoficial, no tenían nada que ver con nuestro trabajo, (...) lo demás

²⁹ "Ante la situación creada por la inhibición del INSALUD para realizar las gestiones necesarias para la puesta en marcha de la Unidades Docentes los residentes nos hemos visto obligados a realizar sin respaldo oficial las actividades necesarias para la búsqueda y puesta en marcha de la Unidades Docentes en el periodo comprendido entre el 1º de Mayo y el 15/7/1981. Para establecer la Unidad Docente nos ajustamos a la circular de 25/4/1981 en lo referente a la cesión voluntaria de cartillas por parte de un médico general titular de cupo de la Seguridad Social en el área de influencia de la CS Virgen de la Arrixaca (..) Tras múltiples gestiones se puso en marcha la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Cabezo de Torres el 17/7/1981". (AJSL. Memoria, 1982).

era un poco voluntario, (...) lo que pasa es que queríamos, yo quería hacerlo (...)” (Entrevista a AAO).

En Barcelona la oferta se hizo en todo momento de manera selectiva a médicos motivados, en algunos casos a médicos jóvenes, exresidentes de otras especialidades que trabajaban en consultas de Medicina General³⁰. Pero incluso en los casos en los que el entusiasmo podía compensar los obstáculos, estos fueron importantes y numerosos.

“[respecto al centro de salud de Orcasitas] se repartieron dos cupos entre cinco ó seis, ellos se montaban absolutamente todo. Prácticamente perdieron medio año en montarlo (...) pero esto era una estructura pues de ambulatorio, muy insuficiente, mezclada además con el modelo de cupo, provocaba problemas con la población, pues las formas o el método de trabajo era diferente (...)” (Entrevista a RRA).

Uno de los problemas más importantes a los que se enfrentaron era el entorpecimiento de la relación médico- paciente y la desconfianza que generaba entre la población el ser atendidos por médicos jóvenes y diferentes (cada cupo era atendido por lo menos por tres residentes). Los residentes, por otro lado, no siempre se encontraban a gusto con la supervisión de un médico titular, de diferente formación y experiencia, que sentían como una presión (Ibarrola, 1984). El trabajo en equipo ayudaba a salvar diferencias y corregir los problemas detectados: la falta de organización y metodología común, la separación física de las consultas y la falta de contactos de los tutores extrahospitalarios con las Unidades; pero, en cualquier caso, ¿era este un modelo extrapolable a todos los médicos titulares que las Unidades Docentes necesitaban para poner en marcha el tercer año?

Efectivamente, en demasiadas ocasiones, hubo que aprovechar precisamente la desmotivación de los titulares, que próximos a jubilarse, prestaban complacidos sus cupos, viendo en ello la oportunidad de liberarse de una carga de

³⁰ Este fue el caso de Dolores Forés, la primera tutora extrahospitalaria que tuvo la Unidad Docente de Barcelona, una especialista de digestivo que trabajaba en atención primaria, y que Martín Zurro conocía de su paso como residente por el Hospital de Bellvitge (Entrevista a AMZ). Esto también ocurrió en Madrid, en el centro de Orcasitas con Ricardo Ruiz de Adana, internista que realizó la residencia en el hospital Primero de Octubre, donde conoció al coordinador de la Unidad docente de MFyC, que lo captó para ser tutor extrahospitalario (Entrevista a LGO).

trabajo³¹. Esta estrategia de elección en la que prevaleció el criterio de obtener el cupo sobre la capacidad docente del médico elegido, "no permite la integración real de muchos médicos de cabecera en la unidad ni se pueden convertir en auténticos tutores extrahospitalarios, debido casi siempre a su falta de capacidad docente y a su calidad asistencial. Salvo contadas excepciones esta orfandad de tutoría extrahospitalaria no es suplida por el coordinador o el técnico de salud. La carencia de médicos de cabecera que actúen como auténticos tutores extrahospitalarios favorece que la imagen que dan muchas unidades docentes sea que el programa del tercer año está dirigido a aspectos de salud pública, epidemiología, medicina comunitaria, quedando en un segundo término la asistencia médica directa. Como si se partiese del principio de que lo que hay que aprender de asistencia al enfermo se aprende en los dos primeros años de hospital y que en el tercer año el objetivo son los llamados aspectos comunitarios de la especialidad. Con esta actitud se profundiza en el antagonismo entre hospital y Estructuras Básicas de salud"³².

La crítica más extendida se refería a la estrategia de priorizar la necesidad de dar salida al tercer año de formación, sobre la de crear una infraestructura básica de salud (o unidades experimentales), esto es partir de la creencia errónea de que la Unidad Docente "por el mero hecho de serlo era un Estructura Básica de Salud". Esto puso en peligro, años más tarde, las Unidades Docentes, que debieron plantearse su transformación en Estructura Básica de Salud o su desaparición³³.

El 22 de diciembre de 1981 un nuevo comunicado reconocía que la persistencia de la situación en tanto no se institucionalizaran las Unidades Docentes obligaba a prolongar las medidas acordadas tanto para los residentes de la promoción de 1979 que se acogieran a la prórroga concedida como para los de la promoción siguiente, que comenzarían su tercer año en 1982. La lentitud del ritmo de apertura de los centros obligó a que, nuevamente en junio de 1982, con el encierro en el Colegio de Médicos de Madrid se exigiera a la Administración el

³¹ "nos dividimos el pueblo en cinco áreas geográficas, cada uno pasaba consulta por la mañana y el titular tenía la consulta por la tarde para los que no quisieran que los viéramos nosotros (...)"(Entrevista a JSL).

³² Otero Pume A. Reunión de docentes, 1984a. Efectivamente, la separación formativa entre lo clínico y lo comunitario era un problema reconocido ya desde los inicios de la especialidad, vease el Libro Azul (1980: 105) Bloque catalan (AAMZ,1981), o la propuesta de Fryeiro en la reunión de docentes de 1984 de Madrid.

³³ Otero Pume A. En: Reunión de docentes, 1984a).

cumplimiento de sus compromisos. El R.D. 2392 de 1982 fue la respuesta a tales presiones, por el que se creaban las Unidades Piloto de Medicina de Familia, que nunca se llegaron a aplicar por la llegada del PSOE.

La situación de las Unidades Docentes era muy precaria. En las Jornadas Técnicas de Barcelona, celebradas en octubre de 1982, se presentó una encuesta realizada a 23 representantes de las 26 Unidades Docentes, en la que se denunciaba el incumplimiento de requisitos mínimos, como carencia de médicos de Atención Primaria, técnicos de Salud Pública, material e insuficiente previsión de los residentes necesarios para cubrir los mínimos asistenciales³⁴.

Martín Zurro y otros tutores hospitalarios, representantes de los residentes, participaron activamente en diversas reuniones con los nuevos responsables del Ministerio de Sanidad para conseguir la institucionalización de las Unidades Docentes. En las IV Jornadas, celebradas en Granada los días 1, 2 y 3 de diciembre de 1983, tutores, técnicos de Salud Pública y coordinadores de Unidades Docentes reclamaron a la Administración sanitaria la urgente institucionalización de estas "ante la falta de generalización de las unidades básicas de salud y equipos básicos de atención primaria con capacidad docente", y la participación de las mismas en la CNE³⁵.

La Orden de 19 de Diciembre de 1983, para regular el desarrollo de la formación en Atención Primaria de Salud de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, estableció las condiciones mínimas que debían cumplir las Unidades Docentes. Esta resultó ser una disposición legal decisiva, pues algunos puntos se mantuvieron vigentes tras la Orden Ministerial del 22 de junio de 1995 (Martín Zurro, 1999).

La O.M. de diciembre de 1983 recogía las reivindicaciones de la reunión de Granada, en los siguientes puntos:

- La composición de las Unidades Docentes (Art. 3.3).
- Las funciones del técnico de Salud Pública (Art. 6)³⁶. Su elección sería realizada por las Direcciones Provinciales del Insalud.

³⁴ Unidades de Medicina Familiar. Una solución para el problema docente. PM, del 17-23/2/1983.p. 13.

³⁵ Gaceta de Atención Primaria. Atención Primaria, 1984. 1(2): 102.

³⁶ "Para facilitar la realización de una atención integral de salud y el desarrollo de los aspectos de

El periodo de consolidación (1984-1990)

- Las funciones del Coordinador (Art. 8), nombrado por el Director Provincial del Insalud entre los profesionales con funciones docentes en el programa de la especialidad y a propuesta de los tutores hospitalarios, extrahospitalarios, técnicos de Salud Pública y Medicina Comunitaria y médicos residentes.
- Los médicos generales adscritos a las Unidades Docentes serían los tutores extrahospitalarios del programa (Art. 5.1). La selección de tutores se realizaría desde las Direcciones Provinciales del Insalud mediante convocatoria específica siguiendo las normas establecidas para cobertura de plazas de Medicina General de la Seguridad Social. Se designarían entre los médicos con plaza extrahospitalaria en propiedad, que fueran especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, o en su defecto, otros médicos que pudieran acreditar documentalmente una cualificación profesional adecuada.
- Evaluación anual asistencial y docente (Art. 10). Las Unidades Docentes deberían participar activamente en la ejecución de los programas de formación continuada de personal de Atención Primaria de Salud de su área de influencia (Art. 11).
- La formación de los residentes se ubicaría en "centros con acreditación docente radicados en el seno de la estructura asistencial primaria, en áreas urbanas y rurales que practicasen una atención integral y continuada de salud sobre una población definida geográficamente y socialmente y con base en equipos multidisciplinarios que trabajasen en régimen de dedicación horaria plena" (Art. 2.1). Aunque se conservaba la dependencia hospitalaria: "Por cada hospital con programas de la especialidad existiría una unidad docente que actuaría coordinadamente con él" (Art. 3.1). No obstante, se dio un paso adelante en la liberalización de esta dependencia, pues en los primeros años las Unidades Docentes controlaban sólo el periodo extrahospitalario de la especialidad. A partir de esta O.M. quedó establecido que el Coordinador era responsable de todo el programa y que la Comisión Asesora de cada Unidad era el organismo que poseía la máxima autoridad sobre su desarrollo. Además, se estableció que el Coordinador debía formar parte de las Comisiones de Docencia de los Hospitales con programa acreditado. Todos estos aspectos quedaron refrendados en la O.M. de 1995 (Martín Zurro, 1999).

El cambio político de 1982 permitió que el modelo americano de dependencia hospitalaria quedara relegado a favor de otro que independizaba la atención primaria, y la disposición que acabamos de comentar reflejó tal tendencia. No en vano en su elaboración participaron médicos procedentes de la Atención Primaria rural (Carro Ramos y Fernando Rodero, del grupo de Montánchez) y representantes de la Medicina de Familia que habían permitido esa evolución en el mismo sentido con la resolución de 1981, como Martín Zurro. El mismo cambio político permitió la recomposición de la Comisión Nacional de la especialidad, en 1984 (Entrevista a AMZ).

Con el R.D. 137 de 1984 sobre Estructuras Básicas de Salud se transformaban las Unidades piloto en Equipos de Atención Primaria (Gómez Gascón, 1997), pero la ausencia de referencia alguna en este R.D. a la integración de las Unidades Docentes en las Estructuras Básicas de Salud mantuvo el problema de la falta de un marco legislativo que terminara con la provisionalidad de la O.M. de 19/12/1983. Este fue un tema que se debatió largamente por la CNE y en los medios de difusión de los médicos de familia³⁷.

En la reunión de docentes de Madrid en 1984, las Unidades Docentes constituyeron, junto con el Programa docente, el tema central. En ella se concluyó que debían reconvertirse en Estructuras Básicas de Salud, y ubicarse físicamente en el CS, propiciando la continuidad de los aspectos asistenciales y comunitarios y potenciando el reciclaje y la actualización de los tutores extrahospitalarios. La implantación de los CC.SS. provocó problemas en las Unidades Docentes: de organización, de gestión, de tomas de decisión, equipos numerosos.. "la teoría con su barniz pseudocientífico tiende a minimizarlos pero el trabajo cotidiano se encarga de resaltar su importancia" (Lou , 1987).

En 1985 la CNE hizo una propuesta al Ministerio para el desarrollo reglamentario de la mencionada O.M. Las Unidades Docentes nacieron ante la ausencia de centros de atención primaria con capacidad docente. En aquellas áreas donde las Unidades Docentes se crearon de forma estable, éstas contribuyeron considerablemente a la docencia de la especialidad, a la formación de profesionales en Atención Primaria, y constituyeron un modelo de referencia para los equipos futuros. Pero la generalización de las Estructuras Básicas de Salud exigía un cambio de estrategia. Se hacía necesario la integración de las actividades docente e

³⁷ Boletín de la SAMFYC, año I N°2, septiembre de 1988

investigadora junto con la asistencial propias de la Atención Primaria y del Programa de la especialidad, de forma similar a lo que sucedía en el resto de las especialidades médicas hospitalarias³⁸: "Lo mismo que los cardiólogos no necesitan unidades docentes, la formación de especialistas debe llevarse a cabo en el espacio donde se realiza su trabajo asistencial, esto es, las Estructuras Básicas de Salud" (Entrevista a ESG). Las Estructuras Básicas de Salud debían pasar a ocupar una posición hegemónica en la docencia de la Atención Primaria. Las Unidades Docentes de entonces dependían y centraban su actividad en el medio hospitalario, si bien utilizaban recursos extrahospitalarios. Los líderes de la especialidad exigían que los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria no fueran asignados a los hospitales, sino a los CC.SS. acreditados. Este cambio redundaría en una imagen positiva como instituciones docentes, en una coherencia presupuestaria y en un aumento de la capacidad docente de la Medicina de Familia (Martín Zurro, 1992). En el nuevo esquema propuesto por la CNE, el coordinador del equipo sería el coordinador de la Unidad Docente. Si eran varias las EBS pertenecientes a una misma Unidad, su Coordinador provincial debía ser al mismo tiempo el Coordinador general o Director del Área de Gestión de las Estructuras Básicas de Salud, de tal manera que se unificaban las funciones de dirección (asistencial, docente e investigadora). Los tutores hospitalarios dependerían jerárquicamente del/los Coordinadores de la/s Estructuras Básicas de Salud (SCNEM. Libro de Actas, 18/1/1985). Los tutores extrahospitalarios pertenecerían a la plantilla de los CC.SS. acreditados para la docencia.

Durante bastante tiempo convivieron, no sin dificultad dos estructuras paralelas: las de las Unidades Docentes de dependencia hospitalaria y los equipos acreditados. Su tránsito fue difícil y no cumplió las expectativas del esquema propuesto por la CNE, para quien la raíz del problema estaba en el insuficiente crédito y protagonismo de la Atención Primaria en nuestro país (SCNEM. Libro de Actas, 24/1/1986).

Por ello, el problema de las Unidades Docentes perduró largo tiempo pese al acúmulo legislativo, a base de disposiciones transitorias autonómicas: vg. la disposición transitoria del Decreto 195/85 de la Comunidad Autónoma Andaluza

³⁸ Propuesta de desarrollo reglamentado de la O.M. de 19/12/1983 sobre la formación en Atención Primaria de Salud de la especialidad de Medicina de Familia. (SCNEM. Libro de Actas, 26/4/1985)

(López, 1988) . La CNE temía que la disparidad de estas iniciativas autonómicas no favoreciera el desarrollo uniforme de las Unidades Docentes a nivel nacional y apremiaban a la Administración central para que las regulara definitivamente. Esta discusión ocupó gran parte de las actividades de la CNE (SCNEM. Libro de Actas, 19/1/1990 y 15/10/1990) y se incorporó a la del proyecto de Ley de especialidades médicas (SCNEM. Libro de Actas, 30/11/1992 y 3/2/1993).

Otra necesidad unánimemente percibida por los líderes de la especialidad era la de controlar y preservar una calidad uniforme en todas las Unidades Docentes. En la tercera reunión de docentes, celebrada el 19 y 20 de septiembre de 1984 en Santiago de Compostela , se debatió sobre la necesidad de evaluación y acreditación de centros docentes en base a unos mínimos acordados (Reunión de docentes, 1984b). A finales de 1984 los miembros de la CNE inspeccionaron *in situ* la situación de las Unidades Docentes y comprobaron su precariedad (Martín Zurro, 1999). De junio a septiembre de 1986 un grupo de trabajo de la SEMFYC, en colaboración con la CNE, realizó una encuesta a 82 CC.SS. docentes, cuyos resultados fueron presentados en las VIII Jornadas de MFYC, en Alicante (Prieto, Reguant, Ichaso et al., 1986). La encuesta estaba basada en unos criterios aprobados por los Ministerios de Sanidad y Consumo y Educación, a propuesta de la CNE, entre los que destaco: la existencia de registros, la participación activa del residente en la actividad asistencial y de diagnóstico de salud, un tiempo asistencial no superior al 70%, programación y protocolización de actividades y desarrollo de sesiones clínicas e investigación (Martín Zurro y Cano, 1989: 87).

Las relaciones de las Unidades Docentes con la Administración sanitaria fueron siempre conflictivas, debido a que los gestores de la Administración sanitaria consideraron a los Coordinadores de las Unidades Docentes como parte de su equipo de confianza, transformando un puesto que debería ser de carácter eminentemente técnico y que exigía continuidad, en un puesto de carácter político administrativo, y por lo tanto sometido a las oscilaciones del poder y de los grupos de presión (López, 1988)³⁹.

³⁹ En este boletín se hace un interesante análisis de las Unidades Docentes y, un poco más adelante, la vocalía de residentes divide la historia de las Unidades Docentes en cuatro etapas (hasta 1988): la etapa del programa clínico; la del programa comunitario; la de modificación del programa en función de la experiencia de los primeros CC.SS. docentes y la cuarta, la transformación en Unidad Docente provincial.

El periodo de consolidación (1984-1990)

Hasta 1993 no se publicó una nueva O.M. para regular las Unidades Docentes, integrándolas en las Comisiones locales de Docencia. Por primera vez, en ese año la adscripción de plazas de Medicina de Familia se hizo por Unidad Docente y no por hospitales y también, por primera vez, los residentes firmaron sus contratos en las Unidades Docentes y no en el hospital (salvo en Cataluña y Galicia, por diversas circunstancias) (Gómez Gascón, 1994).

8.4. Los Técnicos de Salud

La figura del Técnico de Salud respondía a la necesidad de formación en Salud Pública que exigía la orientación comunitaria. Su existencia fue muy irregular, dependiendo de la orientación comunitaria que tuviera cada Unidad Docente. En Granada existió casi desde la primera promoción. En la Unidad Docente de Puerta de Hierro (Madrid), sin embargo, no hubo técnicos de salud hasta 1988, y fueron todos médicos de familia. Por tanto la presencia o no de técnicos en salud en las Unidades Docentes puede constituir un elemento de análisis sobre el debate interno que se originó en la especialidad alrededor de la orientación comunitaria.

Merece una reflexión el lejano parentesco entre la figura del Técnico de Salud y la del Gestor de Salud que aparecía en el modelo de Segovia de Arana y en los libros Verde y Azul (1980). El Gestor de Salud, en el primer caso, tenía capacidades de coordinación y ejecutivas que desaparecieron en la configuración del Técnico de Salud, quien debía prestar exclusivamente su asesoría técnica.

El concepto de Técnico de Salud apareció por primera vez en las I Jornadas de Madrid, como "consultor de salud", que tendría una función provisional hasta que los CC.SS. contaran con personal adecuado. Supervisarían la evolución de los CC.SS. experimentales y procederían de un *pool* de expertos que impartirían la formación en Medicina Comunitaria. Mencionaban expresamente el Centro de Talavera de la Reina⁴⁰.

"(...) para dar un enfoque familiar y comunitario (...) entonces eso, ¿quién lo sabía? pues nosotros no teníamos a nadie, se pensó que tenía que haber técnicos de salud que se dedicaran en exclusiva, que eran especialistas en medicina preventiva, además fueron generosos y

⁴⁰ Formación específica en medicina de la comunidad. Burgos. Ponencia presentada en las I Jornadas de Medicina Familiar y Comunitaria. Marzo 1980.

colaboraron, muchos de ellos epidemiólogos, se aliaron con los responsables de los programas (...) lo que pasa es que luego la figura del técnico de salud fue asumida en muchos casos por médicos de familia (...)” (Entrevista a AMZ).

En Barcelona y Madrid, en la Unidad Docente del hospital Primero de Octubre, se crearon dos centros especiales de Medicina Comunitaria, para dar cabida a los profesionales encargados de impartir esta materia a los residentes de Medicina de Familia. El centro de Madrid era dirigido por Teresa Sánchez Mozo, una epidemióloga española que se rodeó de salubristas latinoamericanos (psicólogos, sociólogos, preventivistas..), que utilizaban una metodología de aprendizaje basada en la psicología social (Bauleo, Buzzaqui, González et al., 1984; Sánchez Mozo, 1984)

“llamada de observación (...) muy psicodélica (...) que al terminar te contaban unas cosas rarísimas, (...) no era nada infrecuente que alguien acabara llorando, aquello era un psicodrama, y los residentes estaban hasta el pelo(...)” (Entrevista a LGO).

“[respecto al equipo de Teresa Sánchez Mozo del centro especial de medicina comunitaria] no terminábamos de conectar, fijate que teníamos reuniones y Pepe Botella, nos ponía en contacto con ella, y nos insistía con la versión comunitaria, pero no llegamos a integrarnos bien con su equipo de trabajo, o no lo entendíamos bien, nos parecía muy teórico, no sé exactamente cuál fue la causa, no encajamos, hicimos un grupo Balint, un montón de actividades (..) nosotros teníamos mucha sed de medicina, con eso no quiero pensar que ellos eran teóricos, no sé no me atrevo a hacer un juicio serio, sé que no conectamos, porque nosotros quizá teníamos más sed de pacientes y de cosas concretas y de hospital...” (Entrevista a CA)

“El primer centro de medicina comunitaria del Doce de octubre tenía una orientación excesivamente ideológica (..) [y empleaban una metodología] que desde la inexperiencia del manejo de grupos Balint, provocaron tensiones dentro de los propios residentes..... (Entrevista a RRA)

La indefinición de estos Centros acabó desplazando el modelo hacia los técnicos de salud integrados en las Unidades Docentes.

8. 5. Formación pregraduada

La inclusión de la Medicina de Familia en la formación pregraduada es un proceso aún embrionario en la época que investigamos, cuya lentitud e inseguridad persiste hasta la actualidad. La introducción de la Medicina de Familia en la formación universitaria ha encontrado tanta resistencia, como precoz y precipitada fue su adhesión a la vía MIR, vía normalizada de especialización médica en nuestro país.

Como analizamos en el primer capítulo, la creación de Departamentos universitarios de Medicina de Familia ha sido, en la mayoría de los países donde se ha creado la especialidad, la última fase de este proceso, siempre posterior a la de entrenamiento específico, aunque con diferentes ritmos. En Estados Unidos, la creación de Programas de residencia fue a casi a la par de la de cátedras universitarias, pues el mismo Departamento universitario impartía la formación pre y posgraduada (Taylor, 1995). En Gran Bretaña, sin embargo, la voluntad política de generalizar los Departamentos de Medicina Familiar tardó casi 30 años en ponerse en práctica (Pereira, 1989). Aunque siempre difícil, la incorporación de la Medicina de Familia a los planes de estudio del grado dependió del conservadurismo de la institución académica y su permeabilidad a los cambios sociales.

La introducción de materias relacionadas con la Atención Primaria de Salud en el currículum médico, es una tendencia ampliamente refrendada en los foros internacionales desde hace mucho tiempo. Desde los documentos de la OMS, que, como veíamos en el capítulo 3, aconsejaban adecuar la educación médica a las necesidades de la población, hasta otros más recientes, como la declaración de la Federación Mundial de Educación Médica en Agosto de 1988, las voluntades insistían en esa misma línea.

En España, la resistencia de las Universidades a implantar cátedras de Medicina Familiar, es perfectamente coherente con su oposición a la formación posgraduada y, muy especialmente, la de Medicina de Familia, su hospitalocentrismo pertinaz, y su rigidez histórica a introducir cambios de acuerdo a las necesidades sociales (Martín Zurro, 1987; Buitrago, 1996).

El R.D. 137/84 indicaba que una de las funciones de los equipos debía ser "realizar actividades de formación pregraduada y posgraduada de atención sanitaria".

La Ley General de Sanidad (1986), en su artículo 104, disponía que las Universidades debían contar al menos, con un hospital y tres Centros de Atención Primaria universitarios, concertados y programados para el ejercicio docente e investigador de forma coordinada por las autoridades sanitarias y universitarias. En 1986 también se publicó el R.D. 1558/86, donde se establecían los requisitos generales para desarrollar la docencia universitaria en los Centros de Atención Primaria universitarios, lo que permitió algunos acuerdos entre Universidad e instituciones sanitarias y la incorporación progresiva de médicos de familia como profesores asociados clínicos de Atención Primaria a las universidades españolas (Saura, 1997: 353). La Universidad de Sevilla fue la pionera en 1987 (Cabrera, 1997).

En 1984, la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid incorporó una rotación optativa en Atención Primaria para estudiantes de sexto curso en la Unidad Docente de la Clínica Puerta de Hierro, con gran aceptación. En el curso 1988-89, esta rotación pasó a ser obligatoria y dirigida por una Unidad Interdepartamental que contaba con profesores asociados y CC.SS. universitarios⁴¹.

En 1990, en la reunión de docentes de Barcelona, se presentó un documento que establecía los criterios mínimos para la docencia universitaria en Atención Primaria de Salud⁴².

En el curso 1991-92 se implantó en la Universidad de Alicante la asignatura optativa "Medicina en Atención Primaria" en el último curso de licenciatura ⁴³.

⁴¹ Otero Puime A. El caso de la Universidad Autónoma de Madrid. Lecciones de una experiencia concreta. V Jornadas de docentes de Medicina de Familia y Comunitaria. Formación pregrado: situación actual del pregrado en Medicina de Familia y Comunitaria en España. Atención Primaria. 1995; 16(suplemento1).

⁴² Saura, 1995. Saura, 1997: 353. Saura Llamas, J. Visión de la docencia pregrado desde la sección de docencia de la SEMFYC. Evolución de la docencia de Medicina de Familia en el pregrado en el estado español. V Jornadas de docentes de Medicina de Familia y Comunitaria. Formación pregrado: situación actual del pregrado en Medicina de Familia y Comunitaria en España. Atención Primaria. 1995; 16(suplemento 1):32-33.

⁴³ Orozco Beltrán D., Gil Guillén V. y Quirce Andrés F. Introducción de la Medicina de Familia y comunitaria en la Universidad. La experiencia de la universidad de Alicante. V Jornadas de docentes de

El periodo de consolidación (1984-1990)

En 1993 fue aprobada por primera vez en Sevilla una asignatura sobre Atención Primaria en el currículum obligatorio⁴⁴.

El R.D. 1417/90 de 26/10, que establecía las directrices generales de los planes de estudio en Medicina, supuso un claro retroceso al señalar que el objetivo práctico de la educación médica pregraduada, debía ser "proporcionar una experiencia clínica adecuada adquirida en hospitales bajo vigilancia pertinente". La única referencia en este R.D. a los contenidos en Atención Primaria de Salud, era su inclusión en una materia troncal, junto con la Medicina Preventiva, lo que representaba apenas un 2% de los contenidos educativos, lo que entra en franca contradicción con la amplitud de prestaciones sanitarias que el profesional de Atención Primaria puede dispensar según el R.D. 63/1995 de 20 de enero⁴⁵.

8.6. Organización profesional

La SEMFYC nació en 1982 a partir de la huelga y el encierro en el Colegio de Médicos de Madrid. La primera Junta Gestora se constituyó a partir de la Coordinadora de Residentes de Medicina Familiar, surgida en 1979 con el nacimiento de la especialidad (Prieto, Ichaso y Soler, 1997; López, 1999a). Su presidente fue Julio Sánchez Salvador, pero no hubo acuerdo respecto a la estructura (Álvarez, 1999).

En 1983 se eligió una segunda Junta Gestora, la primera activa en realidad, con Asunción Prieto Orzanco como Presidenta y María Santos Ichaso y Silvia Ayala en el equipo. A finales de 1983 y principios de 1984 se legalizó la Sociedad y se aprobaron sus primeros Estatutos; la Presidenta resultó reelegida por tres años más, en las IV Jornadas celebradas en diciembre de 1983 en Granada (López, 1999a; Álvarez, 1999).

Medicina de Familia y Comunitaria. Formación pregrado: situación actual del pregrado en Medicina de Familia y Comunitaria en España. Atención Primaria. 1995; 16 (suplemento1):38-40.

⁴⁴ Bonal Pitz P. Experiencia de pregrado en Medicina Familiar y Comunitaria en Sevilla. V Jornadas de docentes de Medicina de Familia y Comunitaria. Formación pregrado: situación actual del pregrado en Medicina de Familia y Comunitaria en España. Atención Primaria. 1995; 16 (suplemento1):34-5. Saura, 1997: 353.

⁴⁵ Buitrago Ramírez F. Convenios instituciones sanitarias/universidad. V Jornadas de docentes de Medicina de Familia y comunitaria. Formación pregrado: situación actual del pregrado en Medicina de Familia y comunitaria en España. Atención Primaria. 1995; 16 (suplemento1):40-44.

"La primera junta directiva tenía una edad media de 28 años, algo más que la media del colectivo, eran sumamente voluntariosos y había una capacidad tremenda de trabajo y diálogo interno" (López, 1999a)

La segunda Junta directiva la formaron María Santos Ichaso, Silvia Ayala y Tomás Gómez Gascón, que estuvo un año como Presidente. Esta Junta puso en marcha la Sociedad madrileña. En las siguientes elecciones (1987), Tomás Gómez Gascón continuó como vicepresidente (Entrevista a TGC), mientras que fue elegida presidenta María Santos Ichaso.

La SEMFYC adoptó casi desde sus inicios una estructura federada que culminó en 1986, cuando quedaron constituidas todas las sociedades autonómicas. Las Sociedades Catalana y Gallega fueron anteriores a la propia Sociedad estatal. Si la integración de la primera fue casi inmediata, la gallega lo hizo tras un intenso debate interno, que la mantuvo independiente unos años (Foz y Ferrá, 1997). En 1984 se fundaron las Sociedades Balear, Asturiana, Aragonesa, Cántabra, Murciana, Castellano- Leonesa. En 1985 se constituyeron las Sociedades Madrileña⁴⁶ y Extremeña, a las que en 1986 le siguieron las de la Rioja, Valencia y Vasco- Navarra (Álvarez, 1999). El 18 de julio de 1987 se fundó la Sociedad Canaria de MFyC, con José Ramón Vázquez Díaz como presidente. En su acta fundacional se hacía un nombramiento especial a O' Shanahan y Bello Luján por las iniciativas llevadas a cabo diez años atrás en San Bartolomé de Tirajana mediante la puesta en marcha de lo que se dio en llamar un Centro de Salud para el Desarrollo, que habían de servir de modelo y ejemplo a todo trabajador sanitario de la comunidad canaria⁴⁷.

La SEMFYC convoca desde 1981 Jornadas, que más tarde fueron Congresos, que tuvieron un papel muy importante en la construcción doctrinal de la especialidad y en su proyección ante la comunidad científica.

En marzo de 1980 se celebraron las cruciales Primeras Jornadas en Madrid, cuyos temas centrales fueron el Centro de salud y la Unidad docente.

⁴⁶ Gaceta de Atención Primaria. Atención Primaria, 1986. 3(5): 292, habla de otras fechas para la constitución de las sociedades madrileña y de Castilla y León.

⁴⁷ Gaceta de Atención Primaria. Atención Primaria, 1987. 4(7): 337.

El periodo de consolidación (1984-1990)

En 1981, las II Jornadas tuvieron lugar en Gijón⁴⁸. Los temas principales fueron el diagnóstico de salud y los sistemas de registro.

En 1982 se celebraron las III Jornadas en Barcelona⁴⁹. El primer congreso como tal, por su formato, aunque hasta el VIII, en 1986, se llamaron Jornadas (Gómez Gascón, 1997: 351). Se trató la HTA, las vacunas, los sistemas de registro y la participación comunitaria.

En 1983 en Granada tuvieron lugar las IV Jornadas⁵⁰. El programa científico se basó en los siguientes temas: educación para la salud, el programa de salud escolar y protocolo para el estudio de la diabetes mellitus en el CS. En estas Jornadas, además, tuvo lugar la presentación del primer número de la revista *Atención Primaria* y la constitución definitiva de la SEMFYC⁵¹.

En 1984, las V Jornadas se celebraron en Santiago de Compostela. Sus temas principales fueron salud mental y EPOC.

En 1985, las VI Jornadas se reunieron en Zaragoza. Los temas tratados centralmente fueron enfermedades infecciosas, prevención y evaluación de centros de salud.

En 4, 5 y 6 de diciembre de 1986 ocurrieron las VII Jornadas, en Alicante. Los temas fueron nutrición, fármacos y evaluación de los centros de salud⁵².

En 1988, 24 y 26 de marzo, se celebró en Valladolid el VIII Congreso. Los temas tratados fueron: formación continuada, el enfoque del enfermo con pluripatología y evaluación y acreditación de los centros de salud⁵³. En este momento su organización pasó a depender de las Sociedades Autonómicas y no de las Unidades Docentes, como hasta entonces (Foz y Ferrá, 1997). En su Asamblea general se presentó como objetivo la consolidación definitiva de la especialidad de Medicina de Familia, así como la reforma de la Atención Primaria⁵⁴.

⁴⁸ Gaceta de Atención Primaria. Atención Primaria, 1984. 1(2): 102.

⁴⁹ Gaceta de Atención Primaria. Atención Primaria, 1984. 1(2): 102.

⁵⁰ Gaceta de Atención Primaria. Atención Primaria, 1984. 1(2): 102.

⁵¹ Gaceta de Atención Primaria. Atención Primaria, 1984. 1(2): 102.

⁵² Gaceta de Atención Primaria. Atención Primaria, 1986. 3(5): 292.

⁵³ Gaceta de Atención Primaria. Atención Primaria, 1987. 4(7): 337.

⁵⁴ Gaceta de Atención Primaria. Atención Primaria, 1988. 5(7): 406.

Los días 11 y 13 de mayo de 1989, se reunió el IX Congreso en Bilbao. Los temas tratados fueron: técnicas diagnósticas en atención primaria, sistemas de información, orientación del enfermo terminal, programas integrados (enfermos con pluripatología), prevención de enfermedades cardiovasculares y educación para la salud⁵⁵. En este Congreso se aprobaron nuevos Estatutos.

En 1990, entre el 10 y el 14 de diciembre, se celebraron conjuntamente en Barcelona el X Congreso de la SEMFYC y el I de la WONCA (Álvarez, 1999), con los siguientes temas centrales: garantía de calidad, prevención y promoción de la salud, accesibilidad y continuidad, competencia del médico de familia en el campo psicosocial, atención primaria orientada a la comunidad, control de patologías crónicas e investigación y docencia en atención primaria⁵⁶.

Los Congresos ejercieron, además de una función de legitimación científica y profesional, una misión cohesionadora muy interesante:

“..Por aquel momento no había ningún otro acto, salvo los que organizaba la SEMFYC, había poquíssimas cosas. Los congresos estatales asumían una función sin ninguna duda de cohesión del colectivo, o sea era un acto de militancia ir al congreso de la SEMFYC, era como una medida de presión, lo secundario era lo científico (...) los congresos se aprovecharon pues para crear imagen, sentido de pertenencia, presión y todo eso, que por otra parte el Ministerio lo necesitaba “ (Entrevista a MMJ).”

La Sociedad ha mantenido una actividad científica importante, creando grupos de trabajo sobre temas de actualidad, que se constituyen en referencias profesionales, y manteniendo contactos regulares con organizaciones internacionales (WONCA, CIMF, EGPRW) (Prieto, Ichaso y Soler, 1997).

La pretensión de la SEMFYC fue liderar el movimiento de reforma de los médicos de familia, en la misma línea que el RCGP hizo con los GP británicos (Sociedades científicas, 1985). En este sentido, podemos decir que la Sociedad fue una institución activa, cuya capacidad de presión y su liderazgo se preservó gracias a la potenciación de un debate interno permanente, que conservó fresca una actitud reflexiva y crítica. Veló por el progreso y la calidad de la reforma y la especialidad, a través de evaluaciones de los CC.SS. y propuestas a la CNE y al Ministerio,

⁵⁵ Gaceta de Atención Primaria. Atención Primaria, 1988. 5(10): 567.

⁵⁶ Atención Primaria, 1990. 7(11): 727.

posicionándose en momentos claves para el curso de la especialidad, como la homologación de la titulación, baremos para acceso a plazas y las negociaciones sobre la directiva europea. Uno de los debates que se desarrollaron en el seno de la Sociedad y aún más en las distintas Sociedades Autonómicas, fue su papel en la defensa de los derechos laborales de los médicos de familia. Algunas Sociedades como la Andaluza adoptaron en estos tiempos un papel reivindicativo (solicitando la consulta en las promulgaciones legislativas que afectaran los intereses de los médicos de familia o la participación en la composición de los tribunales para el acceso a plazas), del que años más tarde se desprendería, no sin antes someterse este asunto a un intenso debate interno⁵⁷.

Inicialmente hubo un debate sobre la inclusión de personal sanitario diferente a los médicos de familia, por ejemplo de enfermería (Entrevista a DFG). Más tarde el debate se desplazó hacia la aceptación de médicos generales que trabajaran en los equipos.

“Cuando se creó la Sociedad Catalana de Medicina de Familia como en otras sociedades integradas en la SEMFYC durante un tiempo no nos podíamos integrar las personas que no teníamos la especialidad vía MIR (...) tuvo que pasar un año en el que se abrieron las puertas a todos los médicos que estuviesen trabajando en atención primaria, siempre y cuando tuviesen el aval de dos personas que ya hubiesen hecho la especialidad vía MIR. La mayoría de los médicos de familia vía no MIR que entramos en ese momento éramos médicos rurales...” (Entrevista a APM).

Ya comenzada la década de los noventa, los líderes de la Sociedad ejercían autocritica al reconocer la impresión elitista que los médicos de familia despertaban entre los médicos de Atención Primaria y cómo la SEMFYC había contribuido a ello, diseñando estatutos restrictivos que no invitaron a la participación de otros colectivos. Sólo entonces la actitud de la SEMFYC fue hacia la apertura, dando muestras de ello mediante la elección como Presidente de un médico de familia sin formación MIR (Albert Planes, 1994).

8.7. Producción científica.

En enero de 1984 nació la revista *Atención Primaria*, con bastantes dificultades económicas. Fundada por Amando Martín Zurro y Francisco Cano Pérez,

⁵⁷ Boletín de la SAMFYC, año I, N°2, septiembre 1988.

en su primera editorial se presentaba como vehículo de expresión de todos los profesionales de la atención primaria⁵⁸. Sin embargo la revista ha sido el órgano de difusión de la inquietud organizativa y de la actitud permanentemente crítica de la SEMFYC⁵⁹.

En su comité editorial participaron personalidades tan carismáticas como Jordi Gol Gurina (del GAPS), José Carro Ramos y Fernando Roderó (de Montánchez), José Joaquín O' Shanahan (Tirajana), Claudio Cid y Ernestina Presser (Vizcaya) que evocan las primeras experiencias en atención primaria⁶⁰; tutores como Luis de la Revilla, Enrique Fryeiro, Pedro Marset, Ángel Otero y Dolores Forés; residentes de las primeras promociones como Francesc Borrell, Esteban de Manuel, Francisco Vázquez Troitiño o Luis Andrés López; Teresa Sánchez Mozo, Ana Delgado, Pedro Parra entre otros, representan los formadores en salud pública. Sin ánimo de ser exhaustiva, Tudor Hart completaba el elenco, que da cuenta de cómo la revista (y la sociedad) condensó las voluntades más progresistas del movimiento de médicos de familia.

En una primera etapa se publicó con una periodicidad trimestral. A partir de 1987 se publicó mensualmente y desde 1992 quincenalmente (Martín Zurro, Cano, Gené et al., 1994). En febrero de 1990 se incluyó en *Excerpta Medica*, en julio de 1990 en el fondo bibliográfico de FAMILI y en agosto de 1991 en *Index Medicus* y *Medline*, incluyendo los artículos publicados desde enero de 1989 (Gómez Gascón, 1997). *Atención Primaria* en 1995 ocupaba el 5º y 6º lugar entre las revistas más citadas en el "Índice de citas" e "Indicadores Bibliométricos" de los años 1990 y 1991, respectivamente, lo que indica el alto consumo de la información que publica la revista y el impacto en el contexto de las publicaciones españolas (Aleixandre, Porcel, Agulló et al., 1996).

La aparición de la revista *Atención Primaria* ha supuesto un punto de inflexión en la evolución científica de la atención primaria y ha constituido un modelo de identificación de los médicos de familia, de orientación más biomédica que psicosocial (Marset, Sáez, Sánchez et al. 1997; SAMFYC, 1994).

⁵⁸ Una revista para la Atención Primaria. Editorial. *Atención Primaria*, 1984 1(1): 1- 2.

⁵⁹ Cano Pérez J.F. Y Martín Zurro. Seis años de la revista *Atención Primaria*. *Atención Primaria*, 1989. 6(10): 687- 688; Vázquez Díaz, F. Diez años de *Sociedad*, diez años de *Atención Primaria*. *Atención Primaria*, 1994. 13(9): 467.

⁶⁰ Ver capítulos 4 y 5.

El periodo de consolidación (1984-1990)

Otras revistas sobre atención primaria aparecieron después de 1990, como *Medifam*, en 1991, *Centro de Salud* en 1993 o *Formación Médica Continuada* en 1994.

9. La Medicina de Familia en el contexto profesional sanitario

Bajo este epígrafe analizo la relación de los médicos de familia con el resto de la comunidad científica, en particular los preexistentes médicos generales. Muchos conceptos de los que trato en la relación con las especialidades hospitalarias ya han sido ampliamente descritos en capítulos anteriores, por lo que aquí sólo me limitaré a recordarlos para dar congruencia al relato. Con más detalle, examinaré el discurso de oposición de los médicos generales a la Medicina de Familia, la incorporación de los médicos generales a los Equipos de Atención Primaria, la rivalidad en el acceso al preciado mercado laboral y la lucha por la titulación de la especialidad en los cursos de perfeccionamiento y la directiva europea, asuntos que dibujan el paisaje de permanente enfrentamiento que vivieron los distintos colectivos que trabajaban en la Atención Primaria en el decenio comprendido entre la creación de los equipos en 1984 y la aplicación de la directiva europea, el 1 de enero de 1995. Al final dedico alguna atención a la participación de la Enfermería en el nuevo modelo de Atención Primaria.

9.1. Medicina Familiar y atención especializada

Como hemos tenido oportunidad de ver a lo largo de los capítulos precedentes, el peso del hospital en la creación de la Medicina de Familia española fue clave para explicar su peculiar curso histórico. Aunque el apoyo de los residentes al nacimiento de la especialidad fue ambivalente por coincidir con la adopción por parte de la Administración de medidas impopulares (retirada del rotatorio y de las deseadas Comisiones de Docencia), el respaldo hospitalario fue incuestionable a través de la tutela de exlíderes del movimiento MIR, que prestaron su ardor y su prestigio a la aventura de crear la especialidad.

"(...) se tenía que gestionar la atención primaria y todos los contenciosos que había evidentemente entre dos espacios, uno

tradicional y cargado de fuerza y de peso, que era el área hospitalaria y otra nueva, casi con el temblor de un recién nacido, que era la atención primaria (...)" (Entrevista a LRA).

A diferencia de lo ocurrido en el entorno anglosajón, el proceso de revitalización de la Medicina General forma partió de profesionales hospitalarios con más experiencia en medicina interna, que en atención primaria (Tudor Hart, 1990) y se ignoraron las escasas iniciativas procedentes de la propia medicina general. Las primeras promociones de médicos de familia salieron al medio extrahospitalario bajo el mecenazgo de tutores de procedencia hospitalaria, que confiaban en los enunciados del nuevo modelo como respuesta a los graves defectos de la estructura ambulatoria, y también, huían del clima anacrónico hospitalario (Botejara y Cordero, 1990: 306; Borrell, 1996). Como veíamos en el capítulo 4, hacia 1980-82 el contingente más numeroso de médicos jóvenes de tendencia progresista y reformista estaba en los hospitales (González, 1979; Martín López, 1979; IESS, 1979 d) y ello sin duda fue determinante para que la especialidad germinara en el ámbito hospitalario.

La deformación hospitalaria del entrenamiento del médico de familia fue muy criticada por los médicos generales, que se sintieron marginados completamente en todo el proceso. Los médicos titulares, primero desde su participación en la CNE y después como representantes de la estructura colegial, rechazaban el artificio que suponía "formar internistas" para trabajar en Atención Primaria (AENSP. Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista, 1990). El discurso de los médicos de familia ignoró intencionadamente componentes de su ejercicio, como el relacional, que los identificaran con el pasado de la asistencia primaria.

"Cuando empezamos en Cartuja, la idea primera, sobre todo de Luis de la Revilla, era unas consultas un poco como las de hospital, el médico que esté ese día ve a quien viene y ya está. Tuvimos una época de reflexión sobre el tema (...) y finalmente quedó claro que la relación médico-paciente es una parte imprescindible dentro de la atención primaria" (Entrevista a ESG).

A posteriori los propios médicos de familia criticaron su excesiva preparación hospitalaria. Su trascendencia queda reflejada en el discurso de los entrevistados donde emergió como una categoría independiente.

"Imitábamos el modelo hospitalario (...) además probablemente en aquellos años nuestra formación clínica era bastante buena, pero una formación clínica bastante orientada a la medicina del hospital, no para atender los casos más prevalentes y los casos con los que se trabajaba en atención primaria (...)." (Entrevista a RRA)

"Yo, en aquel periodo de la residencia estaba muy centrado en aspectos clínicos" (Entrevista a JTF).

La formación hospitalaria constituyó una seña de identidad y una garantía de calidad ante una sociedad más democrática y exigente.

"[la Unidad Docente de la Coruña proponía que el tercer año debía ser en el hospital] yo creo que nosotros teníamos mucho miedo a la incompetencia, la incompetencia técnica, y eso era lo que buscábamos en el hospital, (..) nuestro hospital se implicó de lleno en el nuevo proyecto.." (Entrevista a FVT).

Como estudiábamos fundamentalmente en el capítulo 7, la capacitación técnica de los médicos de familia centraba su discurso como respuesta a la incompetencia de los médicos generales de los ambulatorios: " (...) un médico de familia bien formado puede ofrecer atención definitiva por lo menos al 90- 95% de todos los problemas de salud que presenten sus pacientes". La situación de la asistencia ambulatoria justificaba la opinión generalizada de que externamente a los hospitales no existiera más que una especie de desierto técnico y científico en el que fuera más que dudosa la presencia de una masa crítica apreciable de vida inteligente (Martín Zurro, 1992). Por ello, la formación hospitalaria contribuyó a la legitimación de la especialidad en la comunidad científica y social, y los médicos de familia se esforzaron en realzarla frente a los médicos generales (Aranda, 1994).

"(...) la formación científica de la época que era una formación típicamente hospitalaria, porque fuera del hospital no había nada (...) había un consenso en este grupo y era que teníamos que hacer una medicina extrahospitalaria de alta calidad (...)." (Entrevista a LRA).

Se esperaba que la formación hospitalaria de los especialistas en Medicina Familiar aumentara la vinculación de la Atención Primaria con la hospitalaria y que la

creación del Área integrara los recursos de ambos niveles. Pero esta integración no se produjo en la medida de lo deseable, en parte por la propia inercia del medio hospitalario, y en parte por la persistencia del modelo médico hegemónico de la formación (Botejara y Cordero, 1990: 306). Muchos profesionales hospitalarios vieron esperanzados que la buena formación hospitalaria de estos profesionales sería útil para "filtrar" patologías banales en la puerta de entrada al hospital (Aranda, 1994). La labor de contención fue una importante fuente de legitimación de la especialidad entre la comunidad científica hospitalaria, aunque los médicos de familia siempre repudiaron el papel de "portero" del sistema (Volviendo a la asistencial, 1996)¹. Muchos otros sin embargo, no mostraron nunca interés en sus colegas de Primaria, porque pensaban que eran médicos hospitalarios frustrados, y tenían poco que ofrecerles (²).

"(...) nos decían todos somos médicos de familia porque todos sabemos ejercer en atención primaria, no entendemos la especialidad y cosas así " (Entrevista a JSL).

"(...) Puerta de Hierro, era la élite, el residente te miraba por encima del hombro ¿esto de familia ¿qué es? pero luego realmente hubo muy buena relación(...)." (Entrevista a TGC).

Durante años fue un ejercicio habitual entre los residentes renunciar a puestos privilegiados del examen MIR para exhibir ante el resto de la comunidad hospitalaria que la vocación guiaba su decisión de permanecer en la especialidad, y no se sentían frustrados (Entrevista a FVT).

"Yo personalmente al año siguiente volví a presentarme al examen MIR, saqué muy buena nota, o sea que podía elegir lo que quería, pero entonces la Medicina de Familia era para mí como un hijo, a mí ya me gustaba la Medicina de Familia y apostaba por esto (...)." (Entrevista a EBB).

" (...) los residentes que estábamos en Puerta de Hierro, por entonces a nivel del hospital, nos habíamos ganado nuestro prestigio clínico pues éramos gente, buenos clínicamente y muy trabajadores y con muchas ganas y que habíamos cogido medicina de familia con números muy altos, y de hecho, dos residentes, nos volvimos a presentar en la

¹ Ver capítulo 7.

² Mayolas, 1988; De Lelis, Almela, Casanova, 1989; Ubach i Serna J., Araque i Serradell J. La especialidad en MFC: ¿la clave para una mejor relación hospital- atención primaria? Atención Primaria. 1989; 6(10):753.

segunda convocatoria MIR al siguiente año, uno de ellos sacó el 12 y yo saqué el 25, con lo cual quedó claro que teníamos números mejores como especialidad que otros residentes, como los de Medicina Interna o Inmunología, que eran los guays (...) José Luis Román Pumar se presentó para demostrar que (...), y se quedó, porque le fastidiaba muchísimo que alguien dudara que él fuera de segundo nivel, entonces era un máquina, un máquina total" (Entrevista a EMK).

"..fui aplaudida porque cogí la primera plaza de medicina de familia, entonces la medicina de familia no la quería nadie, y entonces fue sonado por eso, no porque tuviera muy buen número.." (Entrevista a CA).

La incompreensión de los colegas hospitalarios sobre el verdadero significado de la especialidad derivó en rotaciones hospitalarias dispersas, con escaso respaldo de los Servicios y sus adjuntos, poco preparados para tutelarlas.

"(...) las rotaciones en realidad nos las montábamos nosotros porque nuestro responsable era hematólogo, no tenía ni idea (...)" (Entrevista a JSL).

"Nosotros éramos nuestros propios tutores intra, extra, y nosotros íbamos presentándonos por los servicios (...) estábamos muy de la mano de Dios, íbamos por el hospital abriendo camino.." (Entrevista a CA).

La propia autonomía formativa y la marginación de tutores y residentes del resto de las especialidades, condujo a los médicos de familia a crear un espacio propio dentro del hospital, que encontraba la razón de su existencia en el Centro de Salud y la comunidad .

"(...) entonces tuvimos la fortuna de que uno se sentía en el hospital como acomplejado, médico de pueblo, te daba como cierta cosilla ser menos que tus compañeros residentes (...), pero eso se pasaba, en cuanto veníamos aquí, pues bueno considerabas que este era tu sitio (...)" (Entrevista a MMJ).

Desde el deseo de independencia del hospital se explica la perseverancia de las primeras promociones de residentes por encontrar un centro en la comunidad, donde desarrollar el tercer año de residencia y ejercer el nuevo modelo de asistencia. Lo comunitario constituía el contrapunto del exceso hospitalario y así se tradujo en la vocación salubrista de su cuerpo doctrinal. Tal fue el curso que siguió la

historia de la especialidad, una vez se superó el debate interno entre los dos modelos que ya hemos señalado: uno de estilo más americano defendido por el fundador de la especialidad, Segovia de Arana, que subordinaba la Atención Primaria al hospital, y el que prevaleció, que la independizaba de la jerarquía hospitalaria³.

Pero al margen de desavenencias, lo cierto es que los médicos de familia se ganaron el respeto de sus colegas hospitalarios y fueron relativamente frecuente las colaboraciones en trabajos de investigación y la cesión a los médicos de familia de técnicas y habilidades hasta entonces patrimonio de los hospitales. Las destrezas técnicas no hubieran podido adquirirse sin el amparo docente que los médicos hospitalarios prestaron a los residentes (Buitrago, Pozuelos, Nieto et al., 1988). Esta relación, unida sin duda al hecho de compartir maestros y experiencias con residentes de otras especialidades, creó un clima de colaboración, que quedó reflejado en muchos de los trabajos científicos publicados. Un análisis bibliométrico de las publicaciones sobre Atención Primaria entre 1986 y 1990, realizado por la Unidad Docente de Jaén, cifró la participación de los médicos hospitalarios en un 40% de los artículos publicados en la revista *Atención Primaria* (SAMFYC, 1994).

Como es clásico en los procesos de especialización, la transmisión de conocimientos y experiencias a través de canales no impresos constituyó el mecanismo de mayor peso en la adquisición de una habilidad. A ello contribuyó el conocimiento personal y la fluidez de la comunicación telefónica, que era habitual y posible en los primeros años de la reforma (Sainz, Salido, Rodríguez et al., 1989; Borrell, 1991).

El trasvase de estas destrezas fue muy rentable social y científicamente y mejoró la autonomía de la especialidad, tal como ocurrió con la *General Practice* británica. En general podemos decir que la ampliación de la actividad de la Atención Primaria no provocó en la década estudiada grandes conflictos de competencia. Más bien la apropiación de territorios hasta entonces patrimonio de la medicina especializada fue vista con alivio por los médicos hospitalarios, que agradecían la posibilidad de descargarse del manejo de enfermos molestos con los que no podían

³ Sobre este debate y su expresión en la evolución de la especialidad, ver capítulo 8.

aspirar a deslumbrar a la comunidad científica⁴. Como en el proceso británico, la recuperación de parcelas de dominio especializado fue posible gracias a la complicidad del hospital, que no podía mantener estándares de calidad ante la masificación provocada por las enfermedades crónicas. Hasta entrados los noventa la competencia entre especialistas no fue un fenómeno muy extendido, salvo con la Medicina Interna y la Salud Pública, con cuyos titulados competían frecuentemente los médicos de familia por las primeras plazas y en los baremos para el acceso a los Equipos, los primeros, y por los puestos de gestión, los segundos. Los médicos de familia reivindicaban un examen que discriminara la especificidad de su formación (Mansilla, 1986b:88; Engel y Otero, 1986; Sáinz, 1988;).

Cuando el mercado laboral empezó a dar muestras de debilidad, las relaciones se encaminaron hacia la delimitación de terrenos más que hacia la colaboración. El hospital muchas veces intentó crear estructuras que no le eran propias y monopolizar enfermos, por miedo a perder el control social (Mayolas, 1988; De Lelis, Almela, Casanova, 1989). El médico de atención especializada empezaba a encontrar en el médico de Atención Primaria más un auditor externo que puede evaluar la calidad de sus diagnósticos y prescripciones (Botejara y Cordero, 1990: 306). Los médicos de familia advirtieron los intentos de colonización del nivel especializado en campos de trabajo propios de la Atención Primaria, con el objeto de crear mercados que justificasen el puesto de trabajo de algunos especialistas (SAMFYC, 1994; Ortún y Gervás, 1996; Gervás Pérez, 1996). Entre los médicos de Atención Primaria se vivía la derivación como fracaso en la atención y se identificaba colaboración con el hospital como hospitalocentrismo.

Un caso particular fue el de la **atención pediátrica**, que se afrontó de manera inexplicablemente soterrada. En efecto, la asignación de la atención pediátrica siempre fue objeto de tensiones ocultas, que no reflejaron convenientemente en debates públicos. El concepto de integralidad de la atención parecía favorecer la asunción de esta tarea por el médico de cabecera. Esa fue la

⁴ Pacheco J., Piñeiro F. Bajo A. Alvarez M J. Checa P. Enriquez L. Sobreutilización del hospital: valoración y seguimiento de la patología endocrinológica en atención primaria. Atención Primaria. 1989; 6(6):372-376. Estos autores procedentes del medio hospitalario, concluyen que el 34% de los pacientes recibidos debían haber sido diagnosticados y tratados en Atención Primaria: diabéticos, obesos, talla baja familiar, dislipemias.

medida adoptada por el NHS británico después de un largo debate, este sí, claramente reflejado en la literatura médica. En Dinamarca y Holanda el cuidado de los niños también se dejó en manos del mismo GP que atendía al resto de la familia. Los pediatras actuaban en un segundo nivel asistencial como especialistas consultores. Esta fue la estrategia empleada en la mayoría de los países latinoamericanos. En Francia y Alemania los pediatras se encargaban de las revisiones y vacunaciones y los GP de las enfermedades comunes agudas que no necesitaban ingreso hospitalario. Pero en Estados Unidos, Italia y el resto de los países occidentales la atención pediátrica primaria ha sido desempeñada por los pediatras, al menos en los núcleos urbanos y hasta los siete años (Horder, 1998). Gol (1980) dedicaba en su libro un mínimo espacio a este debate, inclinándose por esta opción sancionada por el uso y siempre que lo permitiera la organización de la zona.

Los médicos de familia envidiaron la organización de la atención médica primaria británica, sin fisuras etarias (Hart, 1990). Para algunos médicos generales, el pediatra es un médico especialista cuyo desempeño como médico general para la población infantil puede ser considerada una expresión de la debilidad de la medicina general (Gervás y Pérez, 1996). La figura de un médico de familia que ofreciera una atención integral real, junto a la de un pediatra consultor hubiera dado mayor polivalencia a los equipos (Gené, 1994). El debate sobre la atención pediátrica, por razones no conocidas, fue invisible a la literatura médica, pero su planteamiento en la reforma fue real (Entrevista a JCR y PBP).

“ el R.D. de Estructuras Básicas intenta hacer un aprovechamiento de la base legal que hay en España de sanitarios locales pero ampliando el equipo, hubo mucha discusión de si en el equipo debía haber pediatra o no, de eso me acuerdo perfectamente, (...) lo que pasa es que ya había pediatras que estábamos en la calle, entre comillas, y ya había una demanda de la población , y aunque eso distorsionara la formación del médico de familia, porque lo lógico era que atendiera a toda la familia, pero eso requería muchos años de formación, y además era como quitarle a la población algo que ya tenía, y se metió al final el pediatra..” (Entrevista a CLQ).

Finalmente se asumió una presencia institucionalizada por el R.D. de Estructuras Básicas, que no contempló ni corrigió problemas como la preparación

hospitalaria de los pediatras⁵ o la usurpación de patologías de atención primaria en las consultas externas del hospital. La inercia sancionó una situación poco fundamentada, acomodándose a una cotidaneidad que evitaba el enfrentamiento.

9.2. Medicina Familiar y Medicina General.

9.2.1. La reacción de los médicos generales ante la Medicina de Familia.

Antes del nacimiento de la especialidad de Medicina de Familia, como vimos en el capítulo 4, era un hecho unánimemente aceptado que la medicina de cabecera estaba en crisis. El médico de cabecera era una figura totalmente desprestigiada, carente de autonomía técnica y de motivación en su trabajo, que, perdida su autoestima, no era capaz sino de "asistir como espectador cansado al acontecer sanitario" (Gervás, 1989a). Desde esa posición insalvable, los médicos generales se marginaron del debate sanitario y, pocas veces, fuera de manifestaciones atomizadas en prensa, expresaron organizadamente sus soluciones. Este curso determinó el proceso de especialización de la Medicina de Familia, distanciándolo de los que tuvieron lugar en los países anglosajones, donde la regeneración de la Medicina General partió de la movilización de un núcleo sensibilizado de GP (ver capítulo 3).

Aunque la afirmación precedente es cierta a grandes rasgos, algunos hallazgos en mi investigación permiten introducir ciertas fisuras en ella. Fisuras que nos acercan a una comprensión más profunda de la relación entre los médicos generales y los médicos de familia, que centra este capítulo. Las experiencias de Montánchez, Tirajana y el Plan de Salud de Vizcaya, a cuyo capítulo me remito, traducen las inquietudes reformadoras de un sector de la profesión. El manejo de los archivos personales de los informantes de Montánchez nos sumergió en el sentir de un segmento profesional comprometido con la tendencia de cambio que impregnaba todos los sectores de nuestra sociedad. En la correspondencia quedaban patentes

⁵ La Comisión Nacional de Pediatría aprobó hacia 1986 los periodos de rotación de seis meses por los Centros de Salud sin preocuparse de garantizar su aplicación (Martín Zurro, 1992).

algunas experiencias aisladas de mejora, cuya continuidad y repercusión desconocemos. Seguir el curso de estas experiencias sería objeto de otra investigación.

En algunos de los textos consultados sobre la crisis del sistema ambulatorio, habían colaborado como informantes algunos médicos generales, y prácticamente todos los autores esbozaban mínimas propuestas de cambio. Congresos como el de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana y el de Cultura Catalana son también expresión de la participación de los médicos generales de esta voluntad transformadora. El Colegio de Médicos de Barcelona fue muy activo en organizar la voz de los médicos generales para que participaran en el debate sanitario. El difundido libro de Gol (1980) sobre "el médico de cabecera en el nuevo sistema sanitario" es el primero del que tengo constancia que dedicara todo su espacio a un proyecto perfectamente construido sobre cómo debía organizarse la asistencia primaria en nuestro país y cuál debería ser el papel del médico de cabecera, muy en la línea de lo que los médicos británicos hicieron. El libro se elaboró a partir de la consulta a 38 médicos generales.

Este proyecto, que salió publicado casi a la par que empezara la primera promoción de médicos de familia⁶, guarda una semejanza muy interesante con el que pondrían en marcha los médicos de familia. A grandes rasgos, Gol y colaboradores enfatizaban las actividades preventivas y su integración en el primer nivel de atención, abogaban por el trabajo en un equipo multidisciplinario, rescataban el interés de la medicina por la persona en su totalidad y su contexto, subrayando la importancia de que el médico de cabecera se responsabilizara del paciente en todo su proceso de enfermar. Asimismo, defendían la participación de la comunidad, e independizaban la atención primaria del hospital, otorgándole especificidad y capacidad científica.

El discurso de los médicos generales entrevistados, jóvenes progresistas en los inicios de la década comenzada en 1980, refrenda la opinión bastante extendida de que los embrionarios intentos reformistas de los médicos generales fueron rechazados. El trabajo del grupo CESCA ("correlación entre las entradas y las salidas

⁶ Fue publicado en catalán en 1979 y en castellano un año más tarde. El Libro Verde apareció en febrero de 1980 y el Azul en diciembre de ese mismo año.

en la consulta ambulatoria”) constituye una firme demostración de esta marginación, que desaprovechó interesantes afinidades con el nuevo modelo. Por su interés dedicaré un pequeño espacio para describir brevemente su trayectoria.

En 1982, tres médicos de cabecera de la Seguridad Social se reunieron para plantearse qué es lo que ocurría en las consultas: “considerábamos la consulta como una caja negra y nos interesaba saber la relación entre lo que entraba y lo que salía” (Entrevista a JG). Entrevistaron a médicos y pacientes y se dieron cuenta de que, a veces, médico y paciente eran unos perfectos desconocidos que habían mantenido un diálogo de sordos en la consulta. Estudiaron las variables que determinaban la frecuentación de las consultas, la morbilidad atendida, el coste de la atención, etc. El grupo creció y llegó a estar integrado por 24 personas (médicos generales y de familia, enfermeras, farmacéuticos, maestra, psicóloga, socióloga, estadística y psiquiatra). El FISS les concedió una ayuda en 1984, que renovó en 1988, para investigar sobre datos mínimos en atención primaria, su codificación y explotación en un sistema de información. Investigaron temas como los de la demanda derivada, participaron en la WONCA, crearon un modelo de historia clínica (que el Insalud ignoró). En 1986 el equipo se sintió preparado para iniciar docencia: dieron cursos sobre registros, sistemas de información ... Desarrollaron la red de atención primaria (REAP), integrada por más de 400 miembros en toda España (Gervás, 1989b).

En Cataluña prevaleció una actitud de apertura a los proyectos iniciales formulados por médicos generales. Algunos de ellos, como Jordi Gol se incorporaron a las primeras Unidades Docentes, como coordinadores, e influyeron notablemente en los médicos de familia catalanes. Gonzal Foz, miembro del GAPS, pertenece a la segunda promoción de médicos de familia catalanes. En Barcelona, prevaleció una actitud integradora por la que los residentes hicieron llamamientos a la movilización de colectivos interesados en el cambio sanitario (AMGI. Reunión de la coordinadora, 1981). Algunos médicos generales jóvenes se sintieron atraídos y conectaron con el movimiento (Murria, 2001: 240). Pero salvo estas excepciones, la realidad más extendida es que las aportaciones procedentes de médicos generales fueron ignoradas (Borrell, 1996),

“(...) un problema que ha habido con los APD que eran jóvenes, que yo creo que optaban por mejorar la atención primaria, vieron que existía

un colectivo detrás de ellos, que éramos nosotros, que éramos los MIR, los médicos de familia y ya en esa época, que era el 87, 88, antes del año 90, ya existían unos recelos mutuos tremendos, recelos por parte de los APD porque al considerar que para qué el MIR, si nosotros tenemos la misma edad que vosotros, lo que tenían que haber hecho era reciclarnos y habernos dado el título, en aquel momento ya existía una división del colectivo profesional de atención primaria absolutamente irreconciliable desde mi punto de vista (...)" (Entrevista a MMJ).

La escasa capacidad organizativa de los médicos generales, dispersos, sin una identidad definida que los aglutinara, contaminados por las tentaciones corporativas que tanta desconfianza despertaban en la población y el Gobierno, fue un obstáculo para que lideraran el proyecto de reforma de la Atención Primaria. En las encuestas de 1979 y 1983 (Rodríguez, 1987)⁷, el colectivo de médicos no hospitalarios era el de mayor edad, se correspondía con un tipo ideológico más conservador y la inmensa mayoría supeditaba sus aspiraciones a las puramente corporativas. Ello contribuyó, sin duda, a su rechazo de la reforma socialista. Su discurso centrado en la frustración y el pesimismo (Gol, Jaén, Marcos et al., 1980) compitió con el entusiasta y renovador de los médicos de familia que aunque, en franca minoría, constituían un colectivo muy cohesionado que heredaba el prestigio del sistema MIR. Como indica Martín López (1979), "la eficacia de los subgrupos profesionales no es siempre correlativa a su volumen y extensión, sino que depende del grado de organización, de su integración ideológica y de la disciplina de sus miembros, así como de las posiciones profesionales desde las que ejerzan su acción y de su conexión con organizaciones y centros de poder ajenos a lo estrictamente profesional".

A estas razones me atrevo a sumar la identificación que la OMC asumió con la causa de los médicos titulares. La desconfianza que generaba al Partido Socialista y a la izquierda en general la participación de la OMC en cualquier cambio desvirtuó el pobre potencial reivindicativo de los médicos titulares.

Como señala Rosen (1972), las innovaciones en la actividad médica, como ocurre en otras formas de comportamiento humano, levantan resentimientos porque van contra las formas establecidas de pensamiento y acción y rompen las relaciones

⁷ Véanse estas referencias en el capítulo 4.

estables del grupo, afectando a su bienestar. La resultante psicológica evoca en la mayoría del grupo un sentimiento de falta de pertenencia. Así cualquier logro de un segmento del grupo en alcanzar un determinado estatus, es visto por el resto del grupo desde una posición de rivalidad latente o manifiesta (Rosen, 1972).

“Bueno, en principio efectivamente había muchos que miraban de reojo a los médicos de familia, porque (...) había ciertas rencillas, nosotros veníamos de ambulatorio, seguramente con muchas tablas, mucho trabajado, pero los otros venían con más conocimiento, las cosas más frescas, quieras que no también hemos mantenido mucho complejo durante mucho tiempo, eso de ser médicos de ambulatorios, médicos de segunda, no como los otros que son especialistas, en mi caso pues también, hombre yo a lo largo de los años, me he ido un poco igualando en conocimiento, en actividad a los médicos compañeros que son médicos de familia, pero los médicos de ambulatorio (...) a los médicos de familia los ven como muy mal, las relaciones son bastante malas, y yo al principio veía con cierta envidia los residentes que venían que sabían más que yo, pues me daba cierto complejo, es lógico (...).” (Entrevista a AAO).

El nacimiento de la especialidad coincidió con la existencia de un colectivo de médicos jóvenes, fundamentalmente APD, que estaba ilusionado con la reforma de la atención primaria. La SEMER, que era la sociedad científica que los aglutinaba, vio con buenos ojos la implantación del nuevo modelo de Atención Primaria⁸. Sin embargo vivieron decepcionados su marginación del proceso.

“..hay una queja histórica de los médicos rurales (..) de que se les apartó del proceso [de reforma](..) y si había un médico de familia en España en ese momento eran los médicos de cabecera tradicionales..” (Entrevista a APM)

Los APD que obtuvieron plaza en 1982 estaban muy motivados para trabajar de otra manera; se consideraban a sí mismos como los verdaderos médicos de familia⁹. De hecho, sus funciones eran muy similares (Martínez Navarro, 1982¹⁰;

⁸ La SEMER (Sociedad Española de Medicina Rural) fue creada en 1972 en el I Congreso de Medicina rural aunque sus estatutos no fueron registrados hasta 1973 (Burgos y Rodríguez, Berguer, 1990); XII Congreso de Semergen. La integración en los EAP, a debate. *Tribuna Médica* 30/11/1990. p.10.

⁹ Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988; Carta abierta a Juan José Rodríguez Sendín, vocal nacional de los Médicos Titulares de un ex... *Tribuna Médica*_25/5/1990 p.2. Por una sanidad más digna. *Tribuna Médica* nº1149, 10- 16/4/1987.p1; En la tabla reivindicativa de los médicos rurales en Abril de 1987 figuraba la concesión automática de la titulación de Medicina de Familia “por considerar que los médicos rurales son los únicos que ejercieron siempre la medicina integral y familiar”

¹⁰ Martínez Navarro (1982) Para este autor, la especialidad de Medicina de Familia no significaba

Burgos y Rodríguez, 1990; AENSP. Informes de entidades y organismos para la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud)

“(...) a mí se me consideró de los médicos antiguos, (...), a mí se me englobó independientemente de los conocimientos que yo tuviera, entre los médicos a reconvertir, en el sentido de reeducar, se pensó siempre que los que éramos de antes, como si hubiéramos tenido culpa alguna de haber nacido 10 años antes (...)” (Entrevista a JG).

La primera Comisión Nacional de la especialidad contenía una alta representación de médicos titulares y rurales. Ya en 1979 la SEMER desarrolló un “Plan integral de estructura sanitaria”¹¹, que refleja una actitud inquieta y responsable, desoída por las autoridades sanitarias. Entre los nuevos especialistas existía en los comienzos un rechazo visceral a los elementos positivos del modelo tradicional de asistencia, que se explica desde la lógica defensa de un nuevo espacio (Gómez Gascón, 1999). Más recientemente, los especialistas en Medicina de Familia reivindicaron sentirse herederos de esos profesionales que no habían sido suficientemente valorados (Aranda, 1994).

Los médicos generales contemplaban los cambios con miedo, reticencia o franca hostilidad. Acusaban a la Administración de arbitrariedades ofensivas contra los médicos generales que sólo pretendían desintegrar el colectivo y usurpar derechos adquiridos.

“(...) cuando estaba trabajando en el Ministerio yo era Subdirector General y cuando leía que había una campaña contra los médicos, yo decía pero estos tíos, pero si es que nosotros no tenemos tiempo para dedicarnos a esto (...) fue una reforma muy acelerada eso de que lo hicimos todo en una año fue cierto, y en ese sentido fuimos jacobinos, o sea supeditamos la eficacia a la participación (...) lo que les molestó a los médicos generales es que había gente que vendía que estaba haciendo una cosa diferente cuando muchos de ellos lo estaban haciendo desde hace tiempo (...) pero eso era la guerra entre los médicos de familia y los generales (...) la pugna entre los médicos de familia que querían para ellos la exclusividad y los médicos generales” (Entrevista a JCR).

una nueva forma de entender la atención médica, entre otras razones por la similitud de las funciones de los sanitarios locales y porque la nueva especialidad eludía la necesaria reforma de la enseñanza de la Medicina, que debería centrarse en formar médicos de Atención Primaria.

¹¹ Profesión Médica, 11- 17/10/1979, p.4.

En 1981 se celebraron las últimas oposiciones de ingreso (lo que motivó una airada reacción de los médicos de familia, que se movilizaron en noviembre de 1981) y el último concurso de traslado fue en 1986. Hasta 1982 los APD tenían reconocidos unos derechos que incluían opciones razonables de promoción, reconocidos en la Ley de Reforma de la Sanidad Local y en el Estatuto Jurídico de la Seguridad Social. Podían acceder a los puestos de medicina general o zona de la Seguridad Social de cualquier lugar de España en los concursos de traslado que se producían tres veces al año (mayo, julio y octubre), con un baremo en el que se reconocían sus méritos de trabajo, valorando el ejercicio en partidos médicos cerrados de manera que se premiaba la dificultad, la permanencia y el aislamiento. Estas prebendas quedaron suprimidas en 1982 y, a partir de entonces, el médico titular se sintió en inferioridad de condiciones para optar a un puesto de trabajo, pues sus méritos perdieron competitividad. De este abandono culparon a la Administración, a la que acusaba de buscar la desaparición de esta figura profesional por intereses políticos. Las transferencias autonómicas desmembraron el cuerpo nacional de médicos titulares y su situación se hizo tremendamente dispar¹², lo que redujo notablemente su capacidad de movilización. Esta heterogeneidad se reflejó en las luchas intestinas de sus representantes en la huelga de octubre de 1989.

En el VII Congreso Nacional de Medicina Rural y Asistencia Primaria, celebrado en Granada en noviembre de 1984, los médicos rurales exigieron la suspensión de la reforma mientras no se garantizara el cumplimiento de los derechos adquiridos, la concesión del título de Medicina de Familia a todos los médicos que ejercieran en asistencia primaria y la participación en la elaboración de los textos legales para sus diferentes aplicaciones a nivel nacional¹³.

En abril de 1987, los médicos rurales se movilizaron, con el resto de los médicos de este país. Reclamaban la extensión de la reforma a todo el país y la

¹² Huelga de Médicos Titulares. Tribuna Médica, 12- 18/1/1990 p.5.

¹³ VII Congreso Nacional de Medicina Rural y Asistencia Primaria. Tribuna Médica, 23/11/1984, nº 1 058, p. 8- 10. Los médicos rurales muestran su descontento con la Administración sanitaria. Jano, 7-13/12/1984, nº 640, p.10.

convalidación automática de la titulación de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria¹⁴.

En abril de 1988, los representantes de los médicos titulares iniciaron conversaciones con el Ministerio, en las que se trataron la necesidad de formación continuada, la normalización de la jornada laboral, la agilización de la reforma sanitaria y el cursillo de perfeccionamiento. Meses más tarde, en su I Congreso Nacional, reconocían el aumento de la sensibilidad de la Administración a sus problemas. Tal como rezaba en las conclusiones generales, el I Congreso Nacional de Médicos Titulares surgió de la necesidad del colectivo de reivindicar su participación en la reforma de la Atención Primaria de la Salud. En sus conclusiones, en ningún momento se hacía una mención expresa a la Medicina de Familia, pero subrayaban la vigencia de la figura del médico titular y la necesidad de dotarle de recursos técnicos y formativos. También confeccionaron una tabla reivindicativa de compensaciones económicas a la incorporación en los equipos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988).

El incumplimiento de los compromisos que la Administración adquirió en aquellas conversaciones condujo al conflicto que los médicos titulares protagonizaron a finales de 1989. En octubre, los médicos titulares y la Federación de Sindicatos Médicos convocaron una huelga. Entre otras reivindicaciones destacaban la agilización de la reforma de la Atención Primaria, priorizando el medio rural, con oferta universal y adscripción voluntaria a los equipos, normalización de la jornada laboral, cambios retributivos y la concesión inmediata del título de Medicina Familiar y Comunitaria¹⁵. Los puntos fundamentales de acuerdo entre el INSALUD y los principales sindicatos, salvo FESAMT, incluían implantación total de los equipos de Atención Primaria en los tres ejercicios presupuestarios siguientes, integración voluntaria en los equipos, complementos adicionales cuando esta integración se produjera para compensar las pérdidas retributivas que ésta conllevaba, normalización de la jornada laboral contratando equipos de refuerzo y aumento de recursos técnicos y de formación continuada¹⁶. Uno de los puntos que se puso de

¹⁴ Por una sanidad más digna. *Tribuna Médica*, 10- 16/4/1987, nº 1149, p. 1.

¹⁵ Los médicos titulares irán a la huelga el 26 y 27 de Octubre. *Tribuna Médica*, 13- 9/10/1989, p. 6.

¹⁶ Desconvocada la huelga de titulares tras el acuerdo con el INSALUD. *Tribuna Médica*, 26-29/1/1990, p. 1; Reivindicaciones de los médicos titulares: unos deplorables acuerdos. *Tribuna Médica*,

manifiesto en esta huelga fue la falta de representatividad de los sindicatos mayoritarios y de la OMC, con una gran confusión¹⁷. Aunque el conflicto se disolvió finalmente, las quejas por incumplimiento de plazos se sucedieron meses más tarde¹⁸.

Otro de los frentes activos que se abrió contra la Medicina de Familia fue el de los médicos interinos. La lucha por el mercado laboral estimuló su afán asociacionista y asambleario, muchas veces bajo el auspicio de los Colegios de Médicos¹⁹. Su fuerte sindicalización supuso un serio obstáculo para el acceso de los médicos de familia a puestos de trabajo, cuando estos empezaron a escasear y las oposiciones a plazas de equipo fueron distanciándose.

La disgregación del colectivo de médicos de Atención Primaria se expresó igualmente, en la proliferación de asociaciones y sindicatos, en general poco representativas. En 1988 se creó la Sociedad Española de Medicina General (SEMG). Este hecho que fue valorado muy negativamente por la SEMFYC, por contribuir a la descomposición del colectivo de los médicos de atención primaria, al que la SEMFYC pretendía representar en su totalidad. Ya existía la SEMER desde 1972, que representaba exclusivamente a los médicos rurales. Ante la creación de la citada sociedad, el Ministerio de Sanidad convocó un par de reuniones entre las dos sociedades, sin objetivo específico inicial. La junta directiva de la SEMFYC hizo a raíz de este hecho llamamientos a sus afiliados para captar a todos los médicos que trabajaran en los Centros de Salud²⁰. La SEMFYC sólo encontró afinidades con la SEMERGEN (Melguizo y Prados, 1993). Las Segundas Jornadas de primavera de la SEMFYC, en mayo de 1994, centraron el debate en la necesidad de normalizar las tensas relaciones entre médicos generales y de familia, acordándose una actitud

16/2/1990

¹⁷ Vacío de poder. Tribuna Médica, 17- 23/11/1989, p. 6-7; Huelga de Titulares. Fuenteovejuna. Tribuna Médica, 3-9/11/1989, p. 5; La CESM puntualiza su actuación en el conflicto de los médicos titulares y rurales. Tribuna Médica, 27/10- 2/11/1989, p.6; La OMC y la huelga de titulares. Tribuna Médica, 10- 16/11/1989; Huelga de titulares: la sinrazón de la razón. Tribuna Médica, 17- 23/11/1989, p. 5; Federación de Médicos Titulares y Rurales. Tribuna Médica, 24- 30/11/1989, p. 2; La vergüenza de la desvergüenza de Antxon Núñez Hernández. Tribuna Médica, 8- 14/12/1989, p. 2; Los médicos titulares piden que Berguer rectifique o dimita. Tribuna Médica, 8- 14/12/1989, p. 1 y 5.

¹⁸ Integración en los Equipos de Atención Primaria. Tribuna Médica, 29/6/1990, p. 2.

¹⁹ Asociación de Médicos Interinos. Tribuna Médica, 13/7/1990, p. 2.

²⁰ Boletín de la SEMFYC, año 2, nº3, febrero 1989.

más aperturista e integradora con otras sociedades médicas de Atención Primaria (Medina, 1994).

9.2.2. La incorporación de los médicos generales a los Centros de Salud

Los primeros momentos del cambio de modelo de Atención Primaria fueron vividos tanto por sanitarios como usuarios con ansiedad, inseguridad y sentimientos de amenaza (Sardinero, del Pino y López, 1988). Como tuvimos ocasión de ver en el capítulo 7, la precariedad y precipitación con las que se pusieron en marcha los primeros centros docentes no se corrigió en la masiva apertura que tuvo lugar tras el R.D. de Estructuras Básicas, con el agravante de que ahora las carencias no podían ser compensadas con la motivación y la creatividad de sus pioneros.

En muchos casos el reparto de la población se hizo de forma arbitraria, atendiendo a criterios más numéricos que geográficos, sin aviso a los propios médicos de qué pacientes eran retirados de su cupo²¹, ni a la población del cambio de médico²². La premura con la que se invitó a los médicos a integrarse en los nuevos equipos y las escasas garantías con la que esta se hizo provocó un rechazo masivo. En muchos casos no llegó el plazo otorgado al efecto a 10 días, e incluso a veces se exigió que la respuesta fuera en forma de instancia reintegrada con 25 pts. Se acusaba a la Administración de vaguedad en cuanto a jornada de trabajo, personal, provisión de vacantes, horarios, medios, locales y sueldo²³. Los únicos datos concretos que se ofrecían eran: jornadas de 7 horas en consultorio y sueldo de 120.000 pts., sin especificar si brutas o netas. En algunas comunicaciones se hablaba de 50.000 pts más que las percepciones medias ordinarias ambulatorias. La ausencia de un proyecto sobre las nuevas construcciones en el presupuesto del Insalud de 1984, añadía el interrogante de cómo se desarrollaría una jornada de 7 horas en los ambulatorios. En el VII Congreso Nacional de Medicina Rural y Asistencia Primaria, los médicos rurales exigieron al Ministerio suspender la creación

²¹ Ocupan el antedespacho del director del INSALUD, La verdad, 23/2/1985; Totana, según el grupo comunista, el Centro de Salud, un caos. La verdad, 3/3/1985.

²² Paralizadas las Unidades Básicas de Salud. La verdad, 21/2/1985; Totana, según el grupo comunista,....

²³ Fuentes i Pujol, 1988; Tribuna Médica, 9/9/83, nº 1002; Tribuna Médica, 10/2/1984, nº 1024, p. 33.

de las Estructuras Básicas de Salud hasta que no estuvieran claramente reguladas las condiciones de integración en las mismas, su funcionamiento y el estricto respeto a los derechos adquiridos²⁴.

La incorporación de los médicos generales en los equipos fue en muchos casos traumática. Aunque ésta se hizo siempre desde la legalidad dispuesta en la O.M. 26/3/1984 y R.D. 2166/84, intentando no vulnerar los derechos adquiridos, una de las quejas de los médicos titulares fue la lesión del principio de voluntariedad en la integración de equipos de la Rioja, Madrid o Andalucía, entre otros lugares²⁵. Uno de los problemas de la reforma fue el diseño de una integración voluntaria de los profesionales al nuevo sistema, modificando las condiciones laborales y retributivas sin el suficiente consenso laboral. Hasta 1990 no se llegó a acuerdos entre la Administración sanitaria del Estado y las Centrales Sindicales para la integración de profesionales y sistema retributivo (García Encabo y Alonso, 1993).

Una de las quejas de los afines a la reforma fue precisamente la falta de voluntad de la Administración para motivar a los profesionales que, teniendo plaza en propiedad y pudiendo integrarse en los equipos, se negaron a hacerlo²⁶. Según datos del Insalud, presentados en la prensa médica en 1987, sólo cerca del 50% se quería incorporar a la nueva fórmula. El Insalud no daba demasiada importancia al otro 50%: "Queremos renovar el personal, además las jubilaciones irán aminorando ese colectivo de no incorporados. De momento la convivencia"²⁷.

En el medio urbano, el rechazo a la integración fue muy importante. La falta de motivación y de compensaciones retributivas obstaculizaron la implantación de la reforma en los núcleos urbanos, rechazo que en algunas zonas, como el Distrito Oeste de Málaga, alcanzó el 86% de los médicos propietarios (Montenegro, 1989). Aún hay reductos del modelo anterior en muchas ciudades. Los médicos de zona de la Seguridad Social experimentaron un crecimiento de sus remuneraciones al pasar al modelo retributivo del equipo. Sin embargo, la dedicación pasó de 15 horas

²⁴ VII Congreso Nacional de Medicina Rural y Asistencia Primaria. Tribuna Médica, 23/11/1984, nº 1058, p. 8- 10d.

²⁵ AENSP. Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista, 1990; Integración en los Equipos de Atención Primaria...

²⁶ Atención Primaria en Extremadura. Salud 2000, 1986, nº 6.

²⁷ 16 nuevos centros de salud para Madrid. Tribuna Médica, 6 - 12/11/1987, nº 1171, p. 6.

semanales a 40, lo que supuso en la práctica una pérdida de las retribuciones por unidad de tiempo (Millán, De la Fuente, Vázquez et al., 1988). En Gran Bretaña ocurrió un fenómeno parecido: los barrios céntricos permanecieron ajenos a los cambios, con médicos que trabajaban aisladamente y mantenían una cultura totalmente diferente (Morrell, 1998). Las autoridades se abstuvieron de presionar a los disidentes quizá porque temían que su introducción en los equipos "contaminara" la buena marcha de ellos, de modo que asumieron la coexistencia de los dos modelos durante décadas, para proteger la reforma.

Mientras se implantaba el modelo de los CC.SS., algunos profesionales se quejaban del abandono que sufrían los ambulatorios urbanos (Gervás, 1989a; Gervás, 1996a). En 1985, el INSALUD elaboró un plan que asumía la lentitud del ritmo de la reforma e intentaba corregir las desigualdades con el modelo reformado. El plan, llamado de Humanización, pretendía impulsar medidas destinadas a mejorar la calidad de la atención, similares a las implantadas en los centros reformados: historia clínica, cupos adecuados, aumento del tiempo de consulta, consulta programada, protocolos, consultas de enfermería, mejora de accesibilidad del usuario, etc. La repercusión del plan fue pobre. Una encuesta posterior del Insalud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990b), revela que sólo el 7% de los encuestados conocía el plan y opinaba desfavorablemente sobre su utilidad. Las medidas propuestas arraigaron, pero no en los centros no reformados, a los que iba dirigido el plan, que quedaron marginados y obsoletos. Posiblemente el plan representó más la indecisión de la Administración sanitaria, que se interesó más por una expansión cuantitativa de la reforma, que por una transformación real del modelo. El plan perjudicaba a los médicos de familia porque diseminaba prácticas consideradas como propias y asumía una desaceleración de la reforma poco deseada.

En un trabajo realizado en la provincia de Tarragona (Cartaña, Liberal, Blade et al., 1988) el 51,2% de los encuestados que no trabajaban en una zona reconvertida aceptaban la integración, mientras que no la aceptaba un 37,6%. Sólo un 11,3% trabajaba en zona reconvertida. Según esta encuesta los médicos que más deseaban la reforma eran los APD con menos de 500 cartillas, los interinos, y los médicos de urgencia. Los que menos, los APD con más de 500 cartillas o

urbanos, y los pediatras. Tanto unos como otros valoraban el trabajo en equipo como lo más positivo de la reforma y la atención continuada como lo más negativo. Todos consideraban que la reforma debía realizarse en función de las necesidades de salud de la población, pero que en realidad obedecía a las necesidades económicas y políticas del gobierno. Los médicos que deseaban la reforma creían que de ella se derivarían mejoras económicas para los profesionales y que el trabajo en una zona básica facilitaría la protocolización y el trabajo en equipo siendo esto y las actividades preventivas, lo más positivo de su implantación. Para los médicos que rechazaban su integración, la reforma supondría un deterioro asistencial para los pacientes al despersonalizar la atención médica individualizada, y un perjuicio económico para los profesionales.

En otra encuesta realizada en la Isla de Gran Canaria a médicos con plaza en propiedad (Brugos, Fernández, Solas et al., 1988), se mostró cómo los médicos menores de 40 años, los que ya trabajaban en Centros de Salud, los que no tenían otro trabajo sanitario, los que confesaban su afinidad a Sindicatos de clase y los especialistas en Medicina de Familia eran los que tenían una actitud más favorable hacia la puesta en marcha de los Centros de Salud. Los médicos mayores de 40 años tenían una actitud más negativa. Quiero subrayar la realidad fragmentada que presentaban los médicos del antiguo modelo, entre los que se mezclaban los que la tenían muy negativa y otros con una actitud muy positiva.

El rechazo, en muchos casos, fue una respuesta a la falta de información. En el trabajo mencionado de Cataluña, sólo la mitad de los encuestados conocían bien el proyecto de reforma, pero el 78% de los médicos encuestados referían estar insuficientemente informados y sólo el 17% referían haber recibido la información directamente del Instituto Catalán de la Salud. La mayoría la recibía de la prensa médica, pero los que la recibían de las circulares o reuniones del Colegio o de los Sindicatos no deseaban integrarse, mientras que los que la recibían de cursos del Instituto de Estudios de la Salud y del BOE/DOG sí, de manera que la fuente de información figuraba como una variable definitoria del perfil de médico (Cartaña, Liberal, Blade et al., 1988).

En un trabajo realizado en Málaga capital, la mayoría de los encuestados se quejaban de la escasa información sobre los cambios que se producían en la

organización sanitaria de la que formaban parte y de que el origen de la información, cuando existía, provenía de los medios de comunicación ajenos a la Administración (Montenegro, 1989).

En otro artículo sobre la reforma en el medio rural se decía que el personal sanitario tenía noticias de la reforma a través de contactos personales con trabajadores de la Administración, que se transmitía de boca en boca, pero en ningún momento se recibía información clara y oficial de la Administración, y cuando se pedían noticias al inspector, como su representante más cercano no sabía o no quería decir nada. Si esta información era solicitada por la población se les decía que no pasaba nada o que no había nada nuevo, por lo que se creaba un clima de desconfianza (Fuentes, 1988).

La existencia de problemas en la provisión de vacantes provocó el recelo y la desconfianza de los profesionales que debían integrarse en los CC. SS. y movilizó a los médicos (Rodríguez, Márquez y López, 1995 a)²⁸. Casi todos los equipos de nueva creación se constituyeron con un porcentaje alto de médicos de cupo, sin selección ni reciclaje adecuados, lo que redundaba desfavorablemente en una imagen continuista del modelo ambulatorio²⁹. Incluso asumiendo la voluntariedad de la integración, esto no garantizó la armonía y la motivación en los nuevos equipos, pues entre otras cosas, muchos seguían haciendo lo de siempre³⁰. La excesiva presión asistencial impedía la integración real de las actividades preventivas y de promoción de la salud en la consulta (FADSP, 1990; Elola, 1991). Los médicos de familia se quejaron de que no salían a concurso libre la totalidad de las plazas de equipos, por lo que eran cubiertas interinamente, lo que restaba estabilidad y compromiso a los equipos. Todo ello conformó equipos con motivación y capacitación heterogénea, lo que se traducía en incomunicación y enfrentamientos (Rodríguez, Márquez y López, 1995). En algunos centros incluso concurrían ambos modelos de atención.

²⁸ Movimientos vecinales y sindicatos contra el INSALUD, *La Verdad*, 1/3/1985; Paralizadas las Unidades Básicas de Salud, *La Verdad*, 21/2/1985; Según la Sociedad Murciana de Medicina Familiar. Más retraso para los Equipos de Atención Primaria, *La Verdad*, 8/2/1985; Protesta de los médicos de las Unidades Básicas. Ocupan el antedespacho del director del INSALUD, *La Verdad*, 23/2/1985.

²⁹ Movimientos vecinales y sindicatos contra

³⁰ *Salud 2000*, nº 20, p. 4-9.

El personal era insuficiente³¹ y sus funciones y responsabilidades no estaban claras, lo que obstaculizaba seriamente el trabajo en equipo³². Un 24% de los equipos señalaba la falta de motivación como principal problema en el funcionamiento de los equipos y un 32%, la falta de formación (Ruiz Giménez, 1990).

“(...) la última promoción de APD (...) cuatro mil y pico propietarios, con muchas ganas, pero que realmente se encontró, cuando tuvieron una plaza de APD que a los cinco o seis años le reconvierten, y le reconvierten, sin explicarles realmente cuál es el objetivo, qué es lo que se pretendía, cuáles eran las expectativas que tenían, (...) nadie les explicó qué es lo que queremos hacer ahora con vosotros, que opináis, o sea de mala gana (...)” (Entrevista a MMJ).

La falta de formación era uno de los problemas detectados en el funcionamiento de los equipos. Un estudio que el sociólogo sanitario Juan Irigoyen realizó en dos centros de salud de Santander, llamado “Operación Espejo”, cuyo objetivo era conocer, con metodología cualitativa, la percepción de los sanitarios del nuevo modelo, concluyó que existía una gran distancia entre los papeles sanitarios tradicionales con los definidos en el nuevo modelo, acusando a la Administración de hacer una reforma aumentando los recursos sanitarios, sin definir los contenidos de la reforma, lo que producía un “implícito y generalizado sentimiento de malestar e incertidumbre ante cambios cuyo sentido no es bien entendido”. Ello llevaba a una persistencia de un ejercicio puramente asistencial sin incorporación de elementos preventivos. La introducción en el equipo de otros profesionales y la nueva distribución de sus estatus motivaba la aparición de conflictos, fundamentalmente entre médicos y enfermeras. Las resistencias culturales a la implantación del trabajo programado, era otro de los problemas detectados³³.

Las críticas a la Administración por el abandono de la formación y motivación para que los profesionales sanitarios se integraran en los equipos están

³¹ Movimientos vecinales y sindicatos contra ...El escaso personal obligaba a los médicos a llevar la burocracia del centro, e incluso la tener que dar los números para la consulta.

³² Los médicos se quejaban de la falta de directrices del INSALUD, o su defectuosa divulgación, sobre el funcionamiento interno en el equipo. Protesta de los médicos de las Unidades Básicas.....Totana, según el grupo comunista, el Centro de Salud, un caos. La Verdad, 3/3/1985.

³³ Estudio sociológico en dos centros de salud de Santander, Tribuna Médica, 22- 18/5/1987, p. 18.

muy representadas en la prensa médica, lo que muestra que era una preocupación muy generalizada³⁴. La falta de formación produjo situaciones paradójicas:

“Mi actuación como director de distrito fue un enorme fracaso, muy pocas posibilidades de instaurar cosas elementales . El problema de esa época además era que teóricamente se hacía todo, había registros, y en todos los Centros de Salud había control de embarazo, planificación familiar, con un sentido muy disciplinado de mandar los registros, eso sí pero se hacía muy poca cosa. Otra cuestión distinta es que la reconversión sí supuso un avance enorme (...) respecto a la situación de barbecho previa ¿qué es lo que fallaba? Fallaban esencialmente los profesionales, no era un problema de recursos, fallaban pero no por mala intención sino porque realmente es que había gente que no sabía y de la noche a la mañana pasó de tener una consulta de 2- 3 horas a estar toda la mañana allí y era un problema de organización, no sabían cómo organizarse (...)” (Entrevista a MMJ).

Algunas administraciones sanitarias desplegaron una intensa labor docente para mejorar la integración de los profesionales a los nuevos equipos. En Andalucía, durante los años 1984 y 1985 se impartieron cursos en los que participaron casi el 60% de los profesionales de Atención Primaria. Se llevó a cabo un programa de información y motivación hacia la reforma sanitaria, así como de capacitación a nuevos servicios, como planificación familiar, implantación de consultas de enfermería (cuidados a crónicos, educación sanitaria y sistemas de información), atención urgente y cursos de orientación al nuevo puesto de trabajo (López, Gutiérrez, De Manuel Keenoy et al., 1987). Durante los siguientes años, quizá a un ritmo más lento, se impartieron cursos de capacitación dirigidos fundamentalmente a los profesionales procedentes de zonas no reconvertidas (Morales, Cortes, Adriaensens, 1989). Algunas Unidades Docentes sintonizaron con los objetivos formativos de la Administración sanitaria y decidieron incorporarse activamente a esos programas. Tal ocurrió en la comarca de la Alpujarra granadina (ACSA. Memoria, 1985). En otras comunidades autónomas no ocurrió lo mismo,

“(...) en Cataluña hubo pocas líneas que condujeran la reforma, es decir, fue casi más una cosa de que cada equipo se lo montó y generó sus propios protocolos, en otras comunidades autónomas por lo que yo sé sí hubo un trabajo más desde arriba, de encaminar con unos programas concretos, en Cataluña (...) simplemente una actuación informativa del Instituto de Estudios de la Salud, que organizó unos

³⁴ Salud 2000, sep. 1988, nº 16, p.4; Salud 2000, nº 19, p. 12-13; Salud 2000, dic 1987, nº 12, p.18; Salud 2000, jun 1989, nº 21, p. 3; Tribuna Médica, 7- 3/4/89, nº 1230, p. 19.

cursillos que eran sobre Atención Primaria de Salud, y sobre sistemas de registros, (...) y algunos aspectos concretos que (...) de alguna manera tenían que ver con la forma de trabajar, que sí que se descentralizaron (...) pero tampoco se hicieron de una forma sistemática, no hubo ningún tipo de formación específica para las personas que se integraron en un equipo reformado (...) por tanto yo creo que fue un trabajo un poco autodidacta." (Entrevista a APM).

A la falta de información y formación del personal hay que añadir la precariedad de medios materiales y humanos con que se inició la reforma, y que se mantuvo mucho tiempo. En un estudio sobre el contenido de la prensa médica en relación con la reforma sanitaria (Rodríguez, Márquez y López, 1995 a), se comprobó que las publicaciones reflejaban frecuentemente la lenta construcción de los centros y los retrasos en su apertura con una carencia de un mínimo de condiciones de bienestar³⁵. Se valoraba negativamente la insuficiente infraestructura de los CC.SS., con una notable falta de espacio e instalaciones inadecuadas y deterioradas. La falta de espacio, muy frecuentemente para las consultas de enfermería³⁶, era considerado un problema prioritario (FADSP, 1990; Rodríguez, Márquez y López, 1995 b). Ante el retraso de los centros se improvisaba su ubicación en consultorios viejos, sin que reunieran las condiciones necesarias, sobrecargándolos³⁷. En otros sitios se propuso que provisionalmente los equipos empezaran a trabajar en horario de tarde en los ambulatorios, pero la falta de espacio de estos locales para alojar todo el personal de los equipos obligaba a reproducir el horario laboral de dos horas³⁸. Todo ello convertía para muchos los CC.SS. en ambulatorios de 7 horas, con la consiguiente desilusión del personal que trabajaba en ellos³⁹. Algunos administradores pensaban que "una vez constituido el equipo ya se irá solucionando todo por sí mismo" (Borrell, 1988), valorando más la expansión del modelo, que su calidad⁴⁰. En febrero de 1987 coordinadores de equipos de Madrid, Aragón, Navarra, Murcia y Valencia, plantearon su dimisión ante la falta de apoyo de la Administración⁴¹.

³⁵ Molina. El Centro de salud sin agua potable. La Verdad, 15/3/1985.

³⁶ Totana, deficiencias en el proyecto del Centro de Salud. La Verdad, 26/3/1985.

³⁷ CCOO acusa al INSALUD de imprevisión, La Verdad, 13/3/1985.

³⁸ Paralizadas las Unidades Básicas de Salud, La Verdad, 21/2/1985

³⁹ Sanidad: malestar generalizado, Salud 2000, 1986, nº 5, p. 3.

⁴⁰ Movimientos vecinales y sindicatos contra el INSALUD, La Verdad, 1/3/1985.

⁴¹ Los equipos de atención primaria revisan su dimisión, Tribuna Médica, 6- 12/2/1987, nº 1140, p.

En el medio rural, la implantación de la reforma se generalizó, aunque el ritmo dependió de las CC.AA. Galicia supone una triste excepción a esta progresión. Hasta 1989 no comenzaron a abrirse CC.SS. en el área rural. La Consellería, en la que los APD tenían mucho poder, impugnó el proceso de reforma y esta se paralizó hasta que el Tribunal Constitucional se pronunció en su favor. Al parecer, los APD gallegos se opusieron rotundamente al desarrollo de la reforma fundamentalmente porque esta lesionaba sus intereses económicos, que estaban sustentados en gran medida por el ejercicio paralelo de la medicina privada. Tras la salida de tres promociones de médicos de familia, ninguno de ellos pudo trabajar en CC.SS., y tuvieron que hacerlo como médicos de zona, APD, de urgencias o inspectores⁴². La Medicina de Familia en Galicia, que había sido muy activa, vio como los profesionales que formaba tenían que emigrar a otras partes de España para ejercer de acuerdo a su formación (Entrevista a FVT).

La extensión de la reforma rural, en general, más amplia que en el medio urbano, no significó una integración real de los sanitarios a sus nuevos roles. Los sanitarios locales, médicos y enfermeros, partían de una situación de aislamiento, con una actividad exclusivamente asistencial de 2 horas, dedicación de 24 h, sin apoyo alguno de pruebas diagnósticas, ni actividad formadora ni investigadora, que compensaban con una libertad completa para el ejercicio de corruptelas como la derivación a consulta privada o el cobro de las "iguales". El mundo sanitario rural funcionaba por inercia y autónomamente. El control que la Administración ejercía sobre la asistencia rural se limitaba a hacer cumplir unas normas básicas sobre horarios, recetas y otros asuntos burocráticos. La ausencia de control era proporcional a la falta de apoyo alguno. El médico adaptaba su vida social y profesional al pueblo, organizando sus visitas y horas de guardia según su propio criterio. Las actividades preventivas y los registros se realizaban o no según su propia iniciativa. Las relaciones con el paciente siempre eran de arriba abajo, adoptando unas veces un papel paternalista, otras complaciente. La población funcionaba a demanda, utilizando la figura del médico cuando le hacía falta, solicitando otras pruebas complementarias o derivaciones a especialistas si lo

1.

⁴² V Jornadas Españolas y I Galego-Portuguesas de Medicina Familiar y Comunitaria, Santiago 20. 21, 22 de septiembre de 1984. Tribuna Médica, 19/10/1984, nº 1053, p. 28.

consideraban conveniente, pero siempre desde una postura pasiva, sin crítica alguna a la relación. La enfermería no tenía ninguna responsabilidad, por lo que su implicación en el trabajo se limitaba al cumplimiento de su horario de trabajo, sin tomar iniciativas. La colaboración de los Ayuntamientos en las tareas sanitarias dependía de la afinidad con el médico, lo cual algunas veces se traducían en obstaculizaciones abiertas e insalvables, otras en apoyos tales como facilitar las igualas (Fuentes, 1988).

El cambio de modelo retributivo tampoco favoreció a los APD. Los titulares de APD simultaneaban su condición de APD y personal estatutario de la Seguridad Social, por lo que percibían una doble retribución, aunque la remuneración derivada de su condición de funcionario era reducida. La diferencia con los médicos generales que trabajaban en el mismo ámbito era sustanciosa. Esta diferencia se amortiguó en gran medida con el cambio retributivo y en muchos casos, aquellos APD con poblaciones grandes (cupos elevados) vieron disminuidas sus ganancias al pasar al nuevo modelo (Millán, De la Fuente, Vázquez et al., 1988). Ello provocó movimientos asamblearios en algunas comunidades de los médicos titulares para protestar por el perjuicio económico que suponía el nuevo modelo retributivo, con pérdidas en algunos casos de hasta el 40%⁴³.

En el medio rural se añadían las dificultades inherentes al propio medio, como la dispersión geográfica que obstaculizaba la integridad del equipo y el cumplimiento de horarios y la propia idiosincrasia rural resistente a los cambios (Miranda y Martín, 1988).

A pesar de estos factores negativos, el cambio de modelo para los APD se tradujo en una mejora de sus horarios laborales (jornada semanal de 40h con guardias remuneradas y periodos de descanso frente a horarios diarios de 24 h (Millán, De la Fuente, Vázquez et al., 1988), que fue gratamente, aunque con reservas y demora, recibida en este colectivo.

" [en mi equipo] la mayor parte estaba a favor de integrarse, sólo había una persona que se fue (...) y hubo algunos médicos del

⁴³ Los titulares se reúnen en el colegio de Médicos de Burgos, Tribuna Médica, 5/12/1985, nº 1099; Centros de Salud. La medicina que viene. Tribuna Médica, 5- 11/12/1986 nº1134 p. 18

equipo que incluso perdieron algo de sueldo, porque tenían un cupo algo más grande y estos no estaban encantados (...) en el medio rural había una ganancia importante con la reforma, que era la atención continuada, que legalizaba de una forma clara y organizada una situación que era insostenible (...) era una cosa que por comodidad personal era una ganancia importante en el medio rural y por tanto los médicos rurales que tenían una mínima intención de trabajar con cierta corrección vivieron bien esa ganancia y por tanto, incluso los que perdían algo de sueldo, no veían mal integrarse en el equipo (...)” (Entrevista a APM).

En general, los médicos APD aceptaron el cambio como una mejora clara de las precarias condiciones laborales que padecían y, resignándose al abandono irreversible en que la Administración los había sumido, se adaptaron a la nueva situación, aunque se quejaban del número de horas y de su escasa remuneración (Rodríguez, Márquez y López, 1995 a). Entre sus reivindicaciones empezaron a incluirse la extensión de la reforma, con prioridad del medio rural, y la oferta universal de la integración en el nuevo modelo⁴⁴.

La reforma de la Atención Primaria convocó muchas voluntades y expectativas en un trabajo mejor, pero la falta de planificación y de la capacidad de resolución por parte de la Administración produjo un gran desgaste profesional (Borrell, 1988; Gervás, 1989a Rodríguez, Márquez y López, 1995 a y b; Gervás y Pérez; Gervás, 1996a; Gervás y Pérez; Gervás y Pérez, 1996).

9.2.3. La lucha por el mercado de trabajo

Si las inquietudes de las cinco primeras promociones de médicos de familia se centraron en la consolidación de un programa docente, en la creación de centros extrahospitalarios que permitiesen la formación de tercer año y, en definitiva, que la reforma se pusiera en marcha, las inquietudes de las siguientes generaciones de médicos de familia se orientaron a la lucha por un mercado de trabajo. La ralentización de la reforma de la Atención Primaria, con el consiguiente bloqueo de nuevas convocatorias de plazas de Equipos de Atención Primaria para los MIR de las promociones más nuevas, creó una importante tensión en la búsqueda por un puesto de trabajo, y los médicos de familia radicalizaron sus posturas en el control

⁴⁴ García Vargas en respuesta a Rivera “Lo que piden los titulares es la integración en los centros de salud” *Tribuna Médica*, 26- 29/1/1990, p.7

de acceso a la especialidad (Melguizo y Prados, 1993). En este contexto, los cursos de perfeccionamiento y la Directiva europea suscitaron un intenso debate al que dedicaré los siguientes apartados.

Las previsiones que el Ministerio hacía en 1982 sobre las necesidades de médicos generales en los siguientes años favorecían poco a este colectivo. Estas estimaciones predecían un ligero aumento en la demanda de médicos hospitalarios (7.000, de los que aproximadamente la mitad sería absorbida por los especialistas de cupo), un descenso en la de médicos en asistencia primaria (descenso cifrado en 7.000 que incluiría los 3.000 especialistas extrahospitalarios que se incorporarían a los hospitales) y la desviación de médicos hacia la Salud Pública, Odontología y otras ramas deficitarias. El Ministerio reconocía la necesidad de adecuar la oferta MIR a la saturación del mercado y, aunque se proponía un aumento de la oferta de plazas de Medicina Familiar y Comunitaria, entre otras, estas no alcanzarían para absorber el excedente de médicos generales y en paro (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986:77). La falta de adecuación de la producción de licenciados y la capacidad del sistema MIR ha sido un agravante de gran peso en el problema del mercado laboral de Atención Primaria, porque siempre se asumió que ese excedente de médicos, la conocida como "bolsa histórica", debía ser responsabilidad del sector primario de la asistencia sanitaria, el único donde no se exigía formación especializada:

“(...) claro entonces eso crea una tragedia en atención primaria, porque somos muchos compitiendo por los mismos puestos de trabajo, somos muchos y muy diferentes (...) y eso pues llega a estallar, es imposible reconciliar los intereses de unos y otros. Y yo creo que eso fue un error. Eso fue un error porque se asumió que el exceso demográfico de médicos tenía que asumirlo primaria porque primaria es menos conflictiva que el hospital (...)” (Entrevista a MMJ).

En cumplimiento de lo dispuesto en el R.D. 137/84, la O.M. de 26/3/1984 reguló la provisión de plazas vacantes de los Equipos de Atención Primaria en concurso libre y restringido. En los concursos restringidos, la Administración favorecía al personal de cupo, primando su reconversión voluntaria a los equipos, sobre la contratación de médicos de familia. Aun así, los APD sentían la competencia de un grupo profesional para la misma tarea que ellos estaban realizando. La condición de preferencia para los médicos de familia en el mercado laboral que ponía de manifiesto el R.D. de 29/12/1978, fue entendida por los médicos titulares y sus

representantes colegiales como una grave lesión a sus intereses, que culpaban a la administración de crear una “avalancha irresponsable de legislación (...) con el horizonte de postergar el cuerpo de médicos titulares”⁴⁵. En el conflicto que los médicos titulares protagonizaron durante los años 1989 y 1990, uno de los puntos más reiterados en sus comunicados se refería a los agravios comparativos y diferencias que la Administración creaba entre los profesionales de la Atención Primaria al confeccionar méritos arbitrarios e inestables⁴⁶. El rechazo, por otra parte, era recíproco, pues los médicos de familia veían en los APD competidores por un puesto de trabajo para el que creían ser los únicos cualificados (Melguizo y Prados, 1993). Para los médicos de familia primar la incorporación voluntaria de los titulares a los equipos no permitía la verdadera transformación de conocimientos y actitudes que la reforma exigía (Carrillo, 1988). Los médicos de familia alegaban que existía una contradicción entre la existencia de un programa de formación específico de profesionales para el nuevo modelo y la dificultad de incorporarlos al mismo.

“(...) eso hace que los médicos MIR adopten una posición irreconciliable (...), por encima de todo no debemos desaparecer, por encima de todo que no le den el título a estos señores porque el título lo quieren para devaluarlo, y por encima de todo que no se desacredite el MIR porque es la única garantía de que vamos a tener una formación adecuada, por mimetismo o porque se trabaje no se va a pegar (...) y yo mismo era superintegrista en los años 80, pero por una cuestión de supervivencia, estos vienen a por nosotros, una cuestión combativa por distintos motivos, pero fundamentalmente por el mercado de trabajo, y al final lo que subyacía en el fondo de todo este problema era un problema demográfico, muchos más médicos que plazas laborales. Los médicos APD, (...) pensaban que esas plazas eran para ellos, nosotros habíamos venido para quedarnos con las plazas de las ciudades, con las plazas mejores. Y nosotros entendíamos que nosotros estábamos mejor formados y que no podíamos entrar en el mercado de trabajo en una condición de igualdad con los APD, porque habíamos invertido tres años de nuestro tiempo, incluso el propio SAS había invertido cantidades ingentes de recursos en formarnos para luego (...) eso es lo que había por debajo, pero también por arriba existía una cuestión vamos a llamar de competitividad, de protagonismo, que no ha desaparecido.” (Entrevista a MMJ).

⁴⁵ La situación laboral de los médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, *Tribuna Médica*, 24-30/4/1987. nº1150 p.32

⁴⁶ Tres años esperando, *Tribuna Médica*, 13- 19/10/1989 p.7

"..lo de los médicos generales fue una putada sobrevenida por la soberbia propia de la gente joven nos preocupaba muy poco y en el fondo de alguna manera pensábamos que iban a desaparecer, es decir, los buenos somos nosotros, estos son viejos caducos que conforme vaya pasando el tiempo serán cada vez más viejos y desaparecerán por jubilación, fallecimiento natural, y tal, eso fue un error gravísimo, el no darles el título a los que estaban ejerciendo fue crearnos un montón de enemigos. Plantearle a la gente de atención primaria que estaba trabajando en unas condiciones muy malas, que vas a crear una especialidad que os va a sustituir, pero a vosotros no os reconozco esta especialidad, pues automáticamente son enemigos de la medicina de familia (...) había un resentimiento que aparecía en la prensa profesional, es decir estos jovencuelos, mimas de la Administración, se creen que nos van a hacer desaparecer y que ellos son los herederos, cuánto mejor no sería que esos recursos se hubieran dedicado a mejorar nuestras condiciones de trabajo, ya verían de lo que somos capaces (...) los dos grandes debates que yo he sufrido en la sociedad, que no se han cicatrizado nunca, son ese y el de quien nos representa desde el punto sindical.." (Entrevista a JSL).

Durante la década de los ochenta, la lucha entre los médicos titulares y los de familia se libró a un nivel más retórico que real. Lo que se ponía en juego era un nuevo modelo de médico de cabecera, pero ni unos ni otros amenazaron la supervivencia laboral de los otros. Gracias al R.D. 683/81, los médicos titulares no arriesgaron sus derechos laborales adquiridos, pero tampoco arriesgaban gravemente las oportunidades de trabajo de los médicos de familia, ya que eran propietarios de una plaza. Sólo más adelante, a partir de la década de 1990, cuando las convocatorias de traslado ignoraran reiteradamente la condición de preferencia del R.D. 3303/78, surgirían problemas de competencia laboral con los titulares.

La contratación a través de las "bolsas de trabajo" favoreció aun menos a los médicos de familia (Soler, 1993), pues dependía en gran medida de los Sindicatos y la representación de los interinos en estos era mucho mayor. La infiltración de médicos de familia en cargos de responsabilidad de la Administración fue una estrategia colateral que en algo inclinó la balanza a su favor, pero sin duda fue insuficiente.

"sí había sintonía porque casi todos los directivos de Primaria eran miembros de la Sociedad (...) el bloqueo no era por parte de la Administración, si no que era un bloqueo político, es decir, aquí como en todas partes siempre de lo que se trata es de que haya poca conflictividad y no dieron conflictividad política los médicos APD porque

a ellos se le ofertaba algo que era muy jugoso que eran los traslados (...), el problema eran los interinos". (Entrevista a MMJ).

En Cataluña, en 1988, se aplicó una normativa que favoreció la contratación de médicos de familia por periodos de nueve meses en los centros en que se preveía la pronta implantación de la reforma. Esta normativa fue valorada positivamente por los estos, porque suponía una mejora en la gestión de los criterios de selección de interinidades, mejoraba el desempleo y reducía la emigración a otras autonomías (Carrillo, 1988). Pero, en general, los interinos, a partir de 1988, acumularon derechos al permanecer en una plaza años y años, al desaparecer el límite de nueve meses para ejercer una interinidad.

Los médicos de familia no podían competir contra la protección sindical de los interinos. Los Sindicatos confesaban sin escrúpulos su "vocación interinista" y su decidida apuesta por que los interinos alcanzaran una plaza en propiedad, mediante propuestas tales como "exámenes asequibles", computar méritos "de hecho" y no de formación, etc... (AMGI. Nota de la UGT, 1994). Los médicos de familia, marginados de estos acuerdos sindicales, recurrieron a los tribunales para hacer valer su controvertida preferencia en las contrataciones temporales⁴⁷; .

"se nos acusaba de que éramos gente del PSOE, cuando es falso, y luego no nos han tenido muy en cuenta en cuanto al tema de los baremos, la UGT no quería puntuar nada la especialidad de medicina de familia vía MIR.." (Entrevista a TGC).

A partir de 1990, la situación se agudizó y algunas Administraciones sanitarias, como la andaluza, llegaron a compromisos con los Sindicatos en los que los interinos conservaban su puesto de trabajo si la reconversión les afectaba, gracias a los llamados pactos de reubicación (AMGI. Pacto, 1993). Los médicos de familia recurrieron al amparo de los tribunales pero la intervención judicial no fue resolutive, por contradictoria⁴⁸.

⁴⁷ Sentencia nº312/93 de la sala de lo social de Almería, 13/5/1993. Esta sentencia falla a favor de un médico de familia que reclama una interinidad que ha sido injustamente concedida a un médico general por ignorar la condición de preferencia. AMGI. Informe, 1994

⁴⁸ Paralizan el pacto para los interinos en Andalucía. Diario Médico, 8/11/1994. Sentencia del Tribunal Superior de justicia de Andalucía de 20/5/1994. Sentencia del Tribunal Superior de justicia de Andalucía de 30/10/1995.

Los médicos de familia centraron sus reivindicaciones en la convocatoria de nuevas plazas por concurso- oposición, pues confiaban en que su formación garantizara el triunfo en las mismas, como así se había demostrado en las sucesivas convocatorias (Martín Zurro, 1987), pese a la mejorable capacidad discriminativa de los exámenes (Engel y Otero, 1986)⁴⁹.

La O.M. de 26 de marzo de 1984 especificaba la composición de tribunales (en los que participaba un representante de la CNE) y los baremos que valoraban la formación especializada en Medicina Familiar y Comunitaria. El posterior R.D. 2166/84 sobre provisión de plazas vacantes en concurso libre y restringido de personal facultativo en los servicios jerarquizados de las instituciones de la Seguridad Social, introducía en su baremo algunas modificaciones que representaron un retroceso en el reconocimiento del papel que la especialidad debía jugar en el proceso de la reforma sanitaria (Carro, 1985). En el baremo de la O.M. mencionada, el periodo completo de residencia en Medicina Familiar valía 6 puntos (dos más que el de Medicina Interna) y el título, 2. En el posterior R.D. el periodo completo de residencia en Medicina Familiar era puntuado en igualdad de condiciones que el de Medicina Interna, con 5 puntos y el título con 1. La CNE se hizo eco del descontento que ese R.D. provocó entre los médicos de familia.

En la práctica, esta normativa no se respetó y la determinación de los baremos en cada convocatoria fue un eterno caballo de batalla. La capacidad para fijarlos formaba parte de las competencias transferidas a las comunidades con autonomía plena⁵⁰, pero en muchos casos en los que las comunidades autónomas aun no habían completado las transferencias, decidieron baremos que ignoraban la legislación vigente.

La heterogeneidad de los baremos creó una situación muy confusa a nivel nacional, que reflejaba la dificultad para conciliar los intereses de cada uno de los segmentos médicos enfrentados. La prensa médica se hizo eco profusamente de estas diferencias. Las asambleas de la SEMFYC se llenaron de contenido con los

⁴⁹ Sobre los exámenes y la función que ejerció la CNE ver el capítulo 8

⁵⁰ En Andalucía, el R.D. 400/1984 de 22/2, sobre traspaso a la comunidad autónoma andaluza de las funciones y servicios del INSALUD y la ley 8/1986 de 6/5 del S.A.S. (B.O.J.A. nº41 de 10/5) otorgaban competencia a esta administración andaluza para regular sobre la baremación (Respuesta del S.A.S al Defensor del Pueblo andaluz de 23/5/1995).

baremos y los exámenes de acceso a las plazas de equipo (Melguizo y Prados, 1993; Turabian y Medina, 1993)⁵¹. Decisiones como la creciente valoración del título de médico internista o especialista en Medicina Preventiva, así como de otras titulaciones en cualquier especialidad médica, la equiparación del trabajo hospitalario al de atención primaria, la falta de valoración de méritos curriculares en el concurso de traslados y otros cambios en la baremación para el acceso al trabajo en Atención Primaria fueron vividos por los médicos de familia como una afrenta a sus derechos y una falta de apoyo a la reforma sanitaria que ellos abanderaban⁵². La CNE transmitió a las autoridades ministeriales su inquietud por el insuficiente reconocimiento de la especialidad en el acceso a los puestos de trabajo⁵³, que no respetaba el principio de preferencia otorgado por el R.D. 3303/78.

La condición de preferencia avivó la tensión, pues su propia ambigüedad provocó tantas lecturas como actores en conflicto, que recurrieron más de una vez a los tribunales de justicia para que dirimieran una interpretación. La falta de univocidad de estas perpetuaron la confusión. Algunas sentencias generalizaban la preferencia a cualquier forma de acceso al trabajo de los médicos de familia: "donde la ley no distingue, no cabe hacer distinciones"⁵⁴; igualmente la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana entendía que según el R.D., "...los médicos con la especialidad de Medicina de Familia deben ser antepuestos sobre aquellos otros médicos que no tienen tal especialidad en los procedimientos de provisión de los puestos de trabajo de asistencia primaria cualesquiera que sean sus otros méritos"⁵⁵). Sin embargo, otras restringían la aplicación de la condición de preferencia a los supuestos en los que concurría igualdad de otros méritos: "el único sentido razonable que cabe atribuir a la condición preferente es el de que en casos de igualdad de otros méritos y servicios y de puntuaciones de los ejercicios teóricos se resuelva la provisión de puestos en

⁵¹ Objetivos de la SEMFYC (1992-1994), Gaceta de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria 1993; 11(3): 159.

⁵² Boletín de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Año I. N°2. Septiembre de 1988.

⁵³ Ver para más detalle el capítulo 8.

⁵⁴ Sentencia de la Audiencia Nacional de 22/12/1986, R°43177. Esta sentencia de la Audiencia Nacional estimaba favorablemente el recurso presentado contra el concurso de traslado y el ingreso al Cuerpo de Médicos Titulares por no considerar la condición de preferencia de los médicos de familia.

⁵⁵ Tercera sentencia del TSJ de la CV contra la Generalidad Valenciana, en sólo 15 días. Las provincias, 25/1/1994, p. 31.

favor del especialista"⁵⁶. La búsqueda de apoyos legales que inclinaran el acceso a las plazas a favor de unos y otros, a través de los tribunales o el Defensor del Pueblo (AMGI. Carta, 1995)⁵⁷, encarnizó la tensión entre los colectivos enfrentados.

La lucha por el mercado de trabajo se refleja en la larga colección de ordenes reguladoras de provisión de plazas para Equipos de Atención Primaria de las distintas Comunidades Autónomas (como, al menos, me consta en Andalucía). Los criterios de las distintas Administraciones cambiaban a merced de las presiones recibidas por los distintos colectivos que participaban en la Atención Primaria. No voy a entrar en un análisis pormenorizado de esta larga lista de promulgaciones y derogaciones, ni de sus diferencias autonómicas, pero podemos decir, que al menos en Andalucía, estos cambios no favorecieron a los médicos de familia, lo que denotaba una notable pérdida de su capacidad de influencia sobre el poder⁵⁸.

Algunas Sociedades Autonómicas, como la andaluza, adoptaron una línea reivindicativa de los derechos laborales (vigilando estrechamente la legalidad de normativas y actuaciones de la administración, mesas de contratación, tribunales...). En definitiva, en el decenio comprendido entre 1985 y 1995, la SEMFYC y las Sociedades Autonómicas, velaron por los intereses de los especialistas en Medicina Familiar desde la más firme radicalidad. Los mecanismos de exclusión de la especialidad trascendieron el plano teórico para alcanzar otro más visceral y dramático: el de la supervivencia. La escasez de un bien tan preciado como el trabajo polarizó la lucha que libraron los distintos colectivos de primaria por cada puesto laboral y emponzoñó el necesario clima de colaboración que debía haber existido en los equipos. Si bien los líderes de la Sociedad Científica siempre mostraron su preocupación porque la falta de mercado de trabajo arriesgara la especialidad, al desmotivar a sus residentes y provocar la migración a otras especialidades (Gómez Gascón, 1994), a partir de 1994 relajaron su actitud no sin antes someterla a un intenso debate interno. El nuevo objetivo que se plantearon

⁵⁶ Sentencia del Tribunal supremo 22/9/1989.

⁵⁷ En esta carta del defensor del pueblo al Director Gerente del S.A.S., éste se pronunciaba a petición de un médico de familia en contra de una convocatoria de plazas de Equipos de Atención Primaria cuyo baremo no respetaba la condición de preferencia de los especialistas en Medicina de Familia.

⁵⁸ Resolución del 4/10/1988 (B.O.J.A.81, 14/10/1988) por la se convocan plazas de personal sanitario de Atención Primaria, después de tres años de ausencia de convocatoria. Boletín de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, febrero de 1989, año 2, nº 3.

fue el acercamiento a los Colegios Médicos, Organizaciones Sindicales y Sociedades Médicas, en especial de Medicina General⁵⁹.

9.2.4. El acceso a la titulación por otras vías

El artículo 8 del R.D. 3033/78 contemplaba que el acceso al título de médico de familia debía hacerse siempre y cuando se demostrara la permanencia de cinco años al servicio de la Administración y tras un curso de perfeccionamiento controlado por la Comisión Nacional de la Especialidad y el Ministerio de Educación y Ciencia. El R.D. de 6/3/1981 convalidaba automáticamente el título a los APD con plaza en propiedad en ese momento sin curso previo. Los residentes de familia exigían al menos la superación del correspondiente examen de la especialidad en la Facultad de Medicina, según establecía la orden de 11/2/1981⁶⁰ en la que se recogía el sistema transitorio de concesión del título de especialista⁶¹. Esta decisión ministerial fue la respuesta a un informe jurídico que presentó el Consejo General de Colegios Médicos sobre el R.D. 3303/78, por el que se vulneraba el derecho de los médicos titulares que el 2/2/1979 estaban al servicio de la Administración en puestos de trabajo de asistencia primaria y se obligaba a la Administración a conceder el título de especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria sin curso alguno de homologación⁶². El R.D. afectó aproximadamente a la mitad de los titulares existentes⁶³, unos cuatro mil (Soler, 1993). El apoyo que mostró la Organización Médica Colegial al colectivo de los médicos titulares indignó a los residentes⁶⁴, que interpretaron este suceso más como una muestra de la falta de decisión política hacia el futuro profesional de la especialidad" (Informe de los MIR, 1981).

⁵⁹ Boletín de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Año I. N°2. Septiembre de 1988.

Objetivos de la SEMFYC (1992-1994). Gaceta de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria 1993. 11(3): 159.

⁶⁰ BOE, 19/2/1981

⁶¹ Rebollo, Guillermo y 35 residentes de medicina de familiar y comunitaria de Madrid. Los llamados médicos de familia. *El País*, 27/5/1981, p. 30.

⁶² Los parlamentarios preguntan, *Tribuna Médica*, n° 905, julio, 1981, p.33.

⁶³ Los médicos titulares quieren entablar diálogo con los MIR de medicina familiar. *Ideal*, 3/11/1981.

⁶⁴ Carta abierta al Consejo General de Colegios Médicos, *Tribuna Médica*, n°902, 12/6/1981. p.41.

Esta concesión en abril y el anuncio de una nueva convocatoria para APD en agosto de 1981 fue una de las razones de las movilizaciones de los médicos de familia en marzo y noviembre de 1981 (Unidad docente, 1985). La convocatoria de agosto creó divergencias en el colectivo de los médicos de familia

“se presentaron muchos médicos de familia (...), y las sacaron, nosotros pensamos que no había que presentarse que había que boicotearlas (...)” (Entrevista a EMK)

Los médicos de familia recurrieron esa convocatoria (Orden de 30/7/1981) basándose en que el derecho preferencia que les asistía con el R.D. de 29/12/1978 no estaba contemplado en ella. La Audiencia Nacional dictaminó en su favor y anuló la convocatoria⁶⁵.

Pero la principal fuente de conflictos fue el artículo 8º del R.D. 33078 por el que se concedía el título a los que demostraran cinco años de ejercicio en puestos de asistencia primaria de la Administración pública (Gómez Gascón, 1999). Precisamente la oposición de los médicos de familia y la indecisión de la Administración para cerrar esta vía, fueron causa de que los ocho años siguientes se incluyeran en los supuestos que contemplaba el R.D. 264/89⁶⁶, para la obtención del título.

La resistencia de los médicos de familia a la realización del curso de homologación retrasó su aplicación. El tema fue motivo de deliberaciones asamblearias en las que se implicaron la Coordinadora de Residentes, la SEMFYC y la CNE. La CNE, aunque manifestó su oposición, adoptó casi desde el principio una postura colaboracionista ante el temor de la prolongación de la vía alternativa y de la posibilidad de que la formación fuera obviada o, peor, controlada, por otras organizaciones⁶⁷. La postura de la SEMFYC también fue perdiendo su radicalidad, aunque más tarde, para alcanzar finalmente unas posiciones más conciliadoras (Gómez Gascón, 1997). Hasta 1987 no comenzaron las negociaciones entre todas

⁶⁵ La situación laboral de los médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, Tribuna Médica, 24-30/4/1987 nº1150 p.32

⁶⁶ Real Decreto de 10 de febrero de 1989, núm. 264/1989. Desarrolla el curso de perfeccionamiento para la obtención del título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. B.O.E. 17 de marzo de 1989 (núm. 65).

⁶⁷ Sobre la evolución de la postura de la CNE me detengo en el capítulo 8.

las partes implicadas, que continuaron hasta 1989, año que finalmente vió la luz el R.D. 264/89. En la reunión de la Junta Directiva de la SEMFYC del 18/6/1988 se acordó reabrir una negociación conjunta con la Coordinadora de Residentes y con el Ministerio de Sanidad para intentar que la concesión del título de especialista se aplicara con los mínimos establecidos en la asamblea general de marzo de 1987, así como medidas de difusión en los medios de comunicación y al Ministerio de Sanidad e Insalud explicando la postura de la SEMFYC. Igualmente se proponía la consulta jurídica de la posibilidad de que el título 8º del 3303 quedara derogado con el RD 137. A propuesta de los vocales de residentes, la CNE se pronunció en julio de 1988, entendiendo que el artículo 8º perdía su vigencia a raíz de lo publicado en la Ley de Especialidades Médicas de 1984⁶⁸. El 20 de Diciembre de 1988, ante la inminencia de la publicación del R.D. que regulaba la temida convalidación en condiciones no aceptadas por los médicos de familia, se aprovechó una reunión con responsables ministeriales para enviarles un telegrama con el siguiente texto:

“No proyecto regalo titulo especialista MFYC. Saturno y Artells dimision”⁶⁹

En la reunión de docentes del Congreso de Bilbao de mayo de 1989 se estableció de nuevo un listado de mínimos. La Junta Directiva saliente defendía, ante el hecho consumado de la publicación del R.D., la participación en el control para que el curso reuniese unas mínimas garantías de calidad y esa fue la postura que triunfó en aquella reunión (Gómez Gascón, 1997). Los mínimos aprobados en Bilbao fueron 11 y se resumen en que las Unidades Docentes controlasen la docencia de dichos cursos y se las dotara económicamente, que la dedicación fuera exclusiva, que la selección fuera central, que se derogase explícitamente el artículo 8º del Decreto 3303/78, se cerrase definitivamente esta vía de obtención del título, y que se mantuviera la denominación de la especialidad. Se mantuvieron reuniones con la CEFIR (Confederación Estatal de Facultativos Internos y Residentes), la SEMG, el Ministerio de Sanidad y el de Educación y Ciencia para discutir la resolución conjunta. Se consiguieron los mínimos exigidos⁷⁰. En la prensa médica, los

⁶⁸ Boletín de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Año I. N°2. Septiembre de 1988

⁶⁹ Boletín de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Año2. N°3. Febrero de 1989

⁷⁰ Gaceta de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Atención Primaria 1990.

representantes colegiales culpaban a la Administración de "lesionar los intereses de más de 20.000 médicos y de sucumbir a presiones y amenazas de un colectivo que pretende acceder a puestos de trabajo desde situaciones de privilegio, ignorando el interés general"⁷¹. El 23 de diciembre de 1989 se publicó la normativa de desarrollo del Curso (Resolución del 19/12/1989 de la Subsecretaría) que recogió los acuerdos suscritos por la SEMFYC. Se presentaron 11.700 solicitudes de las que se admitieron 8.450. El curso, de tres meses de duración, incluía 150 horas teóricas, prácticas en centros de Atención Primaria, Servicios de Urgencias y otros, a dedicación completa, y la superación de una prueba de aprovechamiento de dicho curso (Gómez Gascón, 1997).

El R.D. 264 /89 fue entendido como un serio revés a la especialidad por muchos médicos de familia, pero cerró definitivamente una vía de acceso anómala que de otro modo hubiera relajado indefinidamente las barreras de la titulación. Por otro lado, el que los organismos rectores de la especialidad controlaran dichos cursos de acceso debía considerarse indiscutiblemente un triunfo. La SEMFYC debía proporcionar el apoyo según los acuerdos adoptados para el desarrollo correcto de los cursos de perfeccionamiento, para la obtención del título de especialista de MFYC, agilizándolos y vigilando que se cumplieran los requisitos mínimos de calidad acordados (Medina y Turabian, 1993; Soler, 1993). Este debate fue muy importante entre los médicos de familia y lo que en definitiva prevaleció fue la obtención del control exclusivo de la capacidad para determinar el contenido adecuado y el método efectivo para realizar una tarea, condición primera que debe cumplir una especialidad para ser entendida como tal⁷². Este mecanismo presidirá otros debates como el de la homologación de la Directiva europea, aun a costa de sacrificar su carácter elitista y exclusivo. El reclutamiento se relajaría en cierto modo, pero se insistiría en mantener la diferencia a través de otros mecanismos (preferencia en los baremos, estilos de práctica...).

7(1): 80.

⁷¹ Veinte mil médicos de atención primaria pueden verse discriminados. *Jano* 1- 7/9/1989, nº 873, p. 14.

⁷² Friedson (1970) afirmaba que era condición indispensable para la profesionalización que la ocupación hubiera obtenido el control exclusivo de la capacidad para determinar el contenido adecuado.

Esta normativa no solamente encontró rechazo entre los médicos de familia, sino que también fue vivida como una agresión por los médicos titulares, que provocaron un importante conflicto con la Administración⁷³. Los médicos titulares exigieron la agilización de estos cursos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988)⁷⁴, aunque una vez comenzados muchos solicitaron su desaparición y la concesión inmediata del título⁷⁵.

La vía del curso de perfeccionamiento se agotó en 1989 en cuanto a la admisión de solicitudes, pero se prolongó en la realización de los cursos por problemas presupuestarios y de resistencia de las propias Unidades Docentes a impartirlos. Ello alargó la confusión y el debate de las voces disidentes del propio colectivo de médicos de familia (Melguizo y Prados, 1993). Todavía en 1993 la SEMFYC se planteaba como objetivo conseguir la definitiva derogación del polémico artículo del R.D. 3003/78 para impedir el acceso a la especialidad por vías anómalas, ante el temor que la homologación que exigía la Directiva europea facilitara su ampliación. No en vano los médicos en paro y otros colectivos afectados por esta aprovecharon los sucesivos aplazamientos de la anunciada homologación para ampliar sus reivindicaciones a través de sus representantes sindicales y colegiales⁷⁶.

Los principales argumentos que estas voces disidentes oponían al desarrollo de esta homologación eran obvias: la devaluación del prestigio profesional al aumentar el número de titulados no MIR y la disminución de la competitividad en el mercado de trabajo (Melguizo y Prados, 1993). Otros argumentaban que la realización de un curso de tres meses no cambiaría ni la formación ni la motivación

⁷³ Huelga de Titulares. Fuenteovejuna, Tribuna Médica, 3-9/11/1989, p. 5.

⁷⁴ Conferencia inaugural de García Vargas en el I Congreso Nacional de Médicos Titulares, donde hace referencia a las conversaciones mantenidas con representantes de estos y promete el inmediato comienzo en 1988.

⁷⁵ Esta fue una de las reivindicaciones del conflicto que los médicos titulares protagonizaron a finales de 1989 y principios de 1990. En el VII Congreso Nacional de Medicina Rural y Asistencia Primaria, en noviembre de 1984, y en la tabla reivindicativa de las huelgas de los médicos rurales en 1987 ya se exigía el título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria para todos los médicos con ejercicio en asistencia primaria.

⁷⁶ Medina y Turabian, 1993. Melguizo y Prados, 1993. Objetivos de la SEMFYC (1992-1994). Gaceta de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria 1993. 11(3): 159. Informe de la SEMFYC sobre la Ley de Especialidades, Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, y directiva comunitaria para el ejercicio de medicina general. Gaceta de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Atención Primaria 1993; 12(1): 59- 60.

de los discentes y que muchos de ellos habían participado en la formación de los médicos de familia, siendo generales, y en la apertura de los CC.SS. Los médicos generales que mostraban una actitud positiva ante la reforma, la seguirían mostrando y los que habían mostrado una actitud negativa, lo seguirían haciendo sin que el curso sirviera para cambiar nada, aparte del coste que ello suponía (un millón por facultativo)⁷⁷. Los partidarios de aceptar de forma definitiva esta homologación aducían que la temida competencia en el mercado de trabajo era ficticia, habida cuenta que la gran mayoría de médicos que accederían a tal homologación eran propietarios de una plaza en Atención Primaria. Por otra parte, el prestigio profesional emanaba del modo de trabajar de los médicos de familia, el aumento del contingente de médicos de familia reforzaría el poder de la organización y su imagen corporativa y tendría un efecto motivador en los nuevos especialistas. La vía MIR siempre sería la seña de identidad inequívoca e inimitable. No obstante, se pedía que la vía MIR fuera baremada adecuadamente en el acceso al trabajo (como ocurría en el resto de las especialidades), aunque entendían que en el peor de los casos, los méritos sólo suponían un 50% de los concurso- oposición y que el resto era fácilmente superado por la capacidad de los médicos de familia (Engel y Otero, 1986; Melguizo y Prados, 1993). Los médicos de familia que apostaban por la homologación entendían que el retraso en realizarla no traía más que perjuicios: distanciamiento con los médicos generales, pérdida de peso de la formación posgraduada en los baremos de plazas y menor capacidad de presión frente al resto de los especialistas y la Administración (Gómez Gascón, 1997).

La postura de los médicos titulares, aunque mucho más heterogénea, no era favorable a los cursos de nivelación. Se quejaban de la excesiva cantidad de horas teóricas sobre contenidos de Salud Pública que ellos ya tenían superados, así como de la obligación de ser examinados, cuando los especialistas vía MIR no lo eran a pesar de figurar expresamente en el Decreto de especialidades médicas de 1984⁷⁸. Exigían la concesión inmediata del título sin curso de nivelación⁷⁹.

⁷⁷ Martínez de la Iglesia, J. El curso para la obtención del título de médico de familia: un tema controvertido. *Atención Primaria* 1993. 12(9): 624- 5.

⁷⁸ Rodríguez Sendín JJ. El conflicto de los médicos titulares. *Tribuna Médica*, 29/9 a 5/10/1989. p5

⁷⁹ Los médicos titulares irán a la huelga el 26 y 27 de Octubre. *Tribuna Médica*, 13- 19/10/1989. p.

Hubo otra vía minoritaria de acceso a la especialidad: la del 5% según la O.M. 30/12/86 que desarrolló el RD 127/84, orden muy contestada en su momento por la Comisión Nacional, que resultó en un pequeño número de profesionales ya integrados en Centros de Salud e incluso en la docencia de médicos residentes de Medicina de Familia. Esta vía quedó automáticamente cerrada una vez ejecutada y permitió la concesión del título a tutores y miembros de la CNE al comienzo de la especialidad (Gómez Gascón, 1997).

9.2.5. La aplicación de la normativa europea a la Medicina de Familia

Los trabajos del Consejo Europeo para la libre circulación de médicos comenzaron en 1970 y se publicaron en junio de 1975 (directiva 75/362). Pese a que algunos estados querían establecer un periodo postgraduado mínimo de dos años, inicialmente el Consejo no determinó este periodo. Ya en el momento de promulgación de esta directiva, era evidente la evolución que la medicina general iba a sufrir hacia el reconocimiento como especialidad. Sin embargo la directiva obvió tal debate y no lo reflejó.

El reconocimiento de la especialidad de Medicina de Familia fue motivo de un largo debate y de la única sentencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas respecto a la profesión médica (asunto 246/80 Broekmeulen, C/ Huisarts Registratie Commissie). El Tribunal, sin pronunciarse en cuanto a la conveniencia o no de considerarla como especialidad, consideró que al no ser incluida en la lista de especialidades de la directiva, ningún estado miembro podría exigir una formación suplementaria para ejercer como médico general, si bien respetó el derecho de los estados miembros de exigir sólo a sus nacionales que hubiesen obtenido su diploma en su país de origen una formación suplementaria⁸⁰. Pese a no ser reconocida como especialidad, muchos países de la CEE condicionaban el ejercicio de la medicina general en el ámbito público a una serie de exigencias que variaban de unos países a otros; pero, para que la CEE considerase como tal una especialidad era necesario que

⁸⁰ La Europa Blanca. El médico y la libre circulación. Tribuna Médica, 1037 18/5/1982, p. 28.

existiera al menos en dos de los países. Sólo en el Reino Unido e Irlanda existía la medicina comunitaria⁸¹

Con la intención de homogeneizar el ejercicio de la medicina general en los estados miembros, la Unión Europea de Médicos Generalistas comenzó a trabajar en 1985 en un proyecto de armonización en dos fases: en una primera fase, los estados miembros estarían obligados a establecer la formación, dándole un determinado contenido y creando el título profesional correspondiente. En una segunda etapa, esta formación sería necesaria para el ejercicio de la medicina general, al menos en el ámbito de los distintos regímenes de la Seguridad Social. Esta formación complementaria se regularía como una especialidad más de las reguladas en la directiva 75/363, con una duración mínima de tres años⁸².

Los tres años del proyecto se quedaron en dos, en una directiva aprobada por el Consejo de las Comunidades Europeas el 15 de septiembre de 1986 (86/457)⁸³, refundida en la Directiva 93/16/CEE, según la cual a partir del 1 de enero de 1995, cada estado miembro condicionaría el ejercicio como médico general en el marco de la Seguridad Social a la posesión de un título que certificara una formación específica en medicina general. Se exigía un mínimo de seis meses en un consultorio de medicina general reconocido o en un centro de primeros auxilios.

Para adaptarse al derecho comunitario, la Administración adoptó las siguientes estrategias: reducir los ingresos en las Facultades de Medicina a la mitad (7.134 en el curso 1986-87 y 4.015 en el curso 1992-93); homologar a los médicos con ejercicio en Atención Primaria a través del llamado curso de perfeccionamiento (R.D. 264/89); y aumentar considerablemente las plazas de Medicina Familiar y Comunitaria, que pasaron de 359 en 1986 a 1.221 en 1994, lo que constituía una apuesta por la especialidad⁸⁴.

⁸¹ La Medicina General en la CEE: del diploma a la especialidad (I). *Tribuna Médica*, 1083. 31/5/1985, p. 19- 20.

⁸² La Medicina General...

⁸³ Diario oficial de las comunidades europeas, 19/9/1986.

⁸⁴ Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987. El Ministerio se enfrenta a una nueva estructuración docente, *Tribuna Médica Hospitales*, 6-12/3/1987, p. XII. La especialización en Medicina Familiar y Comunitaria, válida para ejercer en la CE. *Tribuna Médica*, 6-12/3/1987, p. 6.

"en aquel momento se tomó la decisión de optar públicamente por el MIR, a un precio alto, que era incrementar exponencialmente el número de plazas MIR (...), entonces hubo que pedir a las Unidades Docentes que sacaran de debajo de la mesa plazas MIR, porque no había otra posibilidad, porque el Ministerio decía: ustedes no quieren la formación médica postgrado, pues díganos como podemos formar a [tanta gente]" (Entrevista a MMJ).

A partir de 1995 se haría un esfuerzo para que el sistema MIR absorbiera a todos los licenciados, a la vez que se limitaba el ingreso en las Facultades y se ajustaba a la demanda (Gómez Gascón, 1992; Martín Zurro, 1992). Las exigencias en este sentido fueron bastante claras por parte del grupo de trabajo que la SEMFYC había creado sobre la directiva europea (Turabian y Medina, 1993), aunque no exentas de discrepancias por entender estos que la directiva comunitaria debía afectar a toda la formación médica posgraduada y no sólo a la especialidad de Medicina de Familia, de manera que el sistema MIR cambiara su carácter selectivo por uno distributivo, que absorbiera en su conjunto a los licenciados, cuyo peso no debía caer exclusivamente sobre la especialidad⁸⁵.

Para los licenciados antes de 1995 (los popularmente conocidos como "pre-95") se proponía un certificado que permitiera el ejercicio en Atención Primaria, sin que fuera computable como mérito (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987). En este punto había consenso entre el Ministerio y los médicos de familia.

El excedente de unos 30.000 médicos en desempleo (20.000, según otras fuentes) que no pudieron acceder a formación postgraduada, proponían a través de su representación colegial el reconocimiento de un periodo de formación de dos años, como indica la Directiva de la CEE para la obtención del título de médico generalista, bien con una oferta universal, bien a través de un sistema MIR o similar que diera cabida gradualmente a todos los médicos en paro y que acabara con la distinción médicos de familia/ médicos generales (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987). Rechazaban la única propuesta oficial hecha hasta el momento de otorgar la certificación de médico generalista a todos los licenciados que lo solicitaran, antes de 1995, por considerar que esta medida no garantizaba la necesaria formación específica que debe adquirir el médico general ni modificaba la situación de

⁸⁵ Vázquez Díaz, F. 1995, Medicina de Familia: un proyecto para todos. Atención Primaria. 1995; 16(7):389-390.

desventaja del colectivo en el mercado de trabajo, convirtiéndose en una simple acción burocrática⁸⁶. Se apoyaban en que tal certificación supondría un fraude para la población y proponían un control de los ingresos en las Facultades de Medicina más acorde con las necesidades sociales.⁸⁷

Los estudiantes de medicina proponían la supresión de la especialidad de Medicina Familiar de la convocatoria MIR y una formación específica posgraduada en medicina general para todos los que accedieran al MIR mientras no se incluyera esta formación en los planes de estudio. Pero la directiva dejaba claros dos puntos: la formación específica en medicina general sólo se exigía para los que ejercieran la medicina general, no para todos los licenciados y, en segundo lugar, la formación a la que se refería era posgraduada y, por tanto, no incluible en los planes de estudio.

La FADSP también se posicionó en contra de la postura de dar una certificación que permitiera el ejercicio a los graduados pre-95, apostando por una formación aunque fuera más reducida a todos los médicos en paro, como paso previo a cualquier acreditación⁸⁸.

Para la SEMG la concesión del título a todos los médicos generales en ejercicio, previo curso de nivelación, solucionaba el problema, aunque diríamos más bien que lo relegaba a los médicos en paro. Argumentaban que la profesión de los médicos generales y los médicos de familia era la misma. Para todos aquellos que no tuvieran el título, el Estado debía garantizar un certificado para su práctica⁸⁹.

A pesar de las estrategias ministeriales adoptadas y algunas opiniones autorizadas favorables a la Medicina de Familia como la formación posgraduada que se ajustaba a la directiva comunitaria, la falta de pronunciamiento oficial de la Administración hasta 1990, favoreció un clima de incertidumbre que dañó considerablemente a la especialidad, al poner en duda su futuro y profundizó la fractura existente en el colectivo de médicos que ejercían en Atención Primaria. Por

⁸⁶ La CEE y la formación de los generalistas. Informativo médico, Febrero- Marzo, 1988, nº 109, p. 10.

⁸⁷ Médicos españoles: la necesidad de formación posgraduada. Tribuna Médica, 1188, 25-31/3/1988, p. 2.

⁸⁸ Médicos españoles....

⁸⁹ Entrevista al presidente de la SEMG. Tribuna Médica, nº 1237, 26/5 a 1/6/1989, p. 19.

ello la SEMFYC no perdió oportunidad desde el principio en reiterar la exigencia de que los Ministerios de Sanidad y Educación presentaran como programa de formación específica en medicina general ante la CEE el vigente de Medicina Familiar y Comunitaria vía MIR⁹⁰.

“al final del mandato socialista, ya un gobierno que se siente débil, que tiene que tomar una solución definitiva cuando se aprueba la normativa comunitaria que exige la formación específica en Medicina de Familia y en ese momento, tomar una decisión sobre si esa formación es el MIR de Familia o no lo es, eso que pasa es que eso se veía venir, eso a finales de los 80 se veía venir, porque no estaba escrito en ninguna parte, y mira que se pedía por parte nuestra a la Consejería, mire, que es que lo que nosotros queremos es que usted explique en un papel legislativamente que para poder ejercer tenías que ser médico de familia como en el resto de los países, eso tardó tiempo, pero además (...) la propia Unión Europea fue la que exigió al Ministerio que comunicara, cual era la formación específica para trabajar como médicos de familia, no fue el Ministerio el que trasladó voluntariamente eso, porque sabía que eso iba a crear mucha tensión” (Entrevista a MMJ)⁹¹.

Los rumores que corrían sobre la intención del Ministerio de sustituir la especialidad por una formación postgraduada básica se alimentaban incluso y, entre otras, de las propuestas que procedían de defensores del sistema MIR que diseñaron un programa de especialización troncal, de manera que el nivel de especialización más básico sería obligatorio para todas las especialidades, incluida la medicina general, que equivaldría a este primer nivel⁹². El grupo de trabajo de la SEMFYC para la Directiva europea elaboró un informe sobre la Ley de Especialidades, Unidades Docentes y Directiva comunitaria, en el que se concluía que la Medicina de Familia debía constituir una troncalidad con entidad propia y no como escalón previo a otras especialidades⁹³. Algunos representantes de la Administración proponían, incluso, ante la incapacidad de formar el excedente de médicos, vías de

⁹⁰ Asamblea general de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria de 14/3/1987. Atención Primaria, 1987, 4(5): 263.

⁹¹ Sobre estas negociaciones las declaraciones de Miguel Melguizo y Albert Planes son muy interesantes, pues eran presidente y vicepresidente de la SEMFYC en ese periodo.

⁹² El Ministerio se enfrenta a una nueva estructuración docente. Tribuna Médica, 6- 12/3/1987, p. XII- XIX. Me refiero a unas declaraciones hechas en este artículo por Julio Nadal, director en aquel momento del FISS y vinculado al programa MIR, mientras fue asesor del Ministro en Investigación y Docencia.

⁹³ Martín Zurro, 1992. Informe de la SEMFYC sobre la Ley de Especialidades, Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, y Directiva comunitaria para el ejercicio de medicina general. Gaceta de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Atención Primaria 1993; 12(1): 59- 60.

especialización alternativas al sistema MIR a través de la universidad e incluso otras "no públicas"⁹⁴.

En 1990, la Administración española comunicó a la Comunidad que en España existía ya la formación requerida según la normativa, hecho que quedó reflejado en el Diario Oficial de las Comunidades Europeas (nº 268/2, 24/10/1990, Comunicación 90/C 26B/02), donde se recogían los nombres de los títulos, diplomas o certificados conforme a lo dispuesto en la Directiva, siendo la denominación española tal y como queda reflejado la de especialista en Medicina de Familia y Comunitaria (Turabian y Medina, 1993; Soler, 1993). El mencionado comunicado se pronunció sobre la formación posgraduada a partir de 1995, apostando por la especialidad como la que cumplía los requisitos comunitarios, pero no respondía a la espinosa cuestión del excedente de médicos que quedaba fuera del sistema MIR, ni cerraba la posibilidad a la creación de otras alternativas para el ejercicio en atención primaria, manteniendo la fractura en el colectivo⁹⁵.

La SEMFYC, pese a que la postura que la Administración expuso en ese comunicado era favorable a los médicos de familia, manifestó su preocupación, posiblemente ante el riesgo de que las presiones de colectivos desfavorecidos como los médicos en paro y otros como los Colegios, inclinaran la posición del Ministerio en beneficio de estos. Había motivos para esta desconfianza, pues aunque el Gobierno había manifestado en varias ocasiones que la Medicina de Familia cumplía holgadamente los requisitos de la Directiva europea, no ofreció proyectos claros que resolvieran todos los interrogantes planteados. De hecho, el reconocimiento de la especialidad como la que respondía a la exigencia de la normativa europea no era incompatible con otras propuestas manifestadas por representantes de la Administración, como la aceptación de vías alternativas al MIR para permitir el ejercicio o la sustitución de la especialidad por una formación básica, planteamiento este último hacia el que viró años más tarde la postura del Gobierno.

⁹⁴ El Ministerio se enfrenta a una nueva estructuración docente. Tribuna Médica, 6- 12/3/1987, p. XII- XIX. Estas declaraciones pertenecen al Dr. Saturno, por entonces subdirector general de Planificación e Información del Ministerio de Sanidad y Consumo.

⁹⁵ El Ministerio se enfrenta a una nueva estructuración docente. Tribuna Médica Hospitales, 6- 12/3/1987, p. XII. La especialidad obligatoria, un conflicto que se avecina. Tribuna Médica, 16- 22/10/1987. p. 17.

La SEMFYC no aceptaba más que una certificación que permitiera continuar la práctica profesional para los médicos generales pre-95, entendiendo que ello no confería ningún derecho a título de especialista ni mérito baremable para el acceso a plazas de EAP (Melguizo y Prados, 1993; Turabian y Medina, 1993), si bien la postura de la SEMFYC no fue unánime⁹⁶. Muchos médicos de familia entendían que tal certificado suponía que la Atención Primaria absorbiera el excedente de médicos sin formación postgraduada, lo que resultaba especialmente duro a las generaciones más jóvenes de médicos de familia que veían en situación de riesgo su ya difícil puesto de trabajo. Por otra parte, no se trataba sólo de la cuestión cuantitativa de perder competitividad en el mercado laboral, también suponía una lesión a su carácter de élite, del que hasta entonces disfrutaban en parte gracias a los rígidos mecanismos de control de acceso a través del MIR. Cualquier fisura en esta barrera dificultaba su consolidación como especialidad. Era una nueva relajación de sus mecanismos de selección, que repetía el debate de los cursos de homologación.

La SEMFYC defendió la especialidad vía MIR como única forma de ejercicio en Atención Primaria, pues temía que se aprovechara esa situación para crear vías alternativas para la formación en medicina general. Ello significaba la expansión de la especialidad a costa de perder la naturaleza de exclusividad. La distinción de ejercicios se haría a nivel de la formación y se compensaría con una adecuada baremación de la formación en Medicina Familiar para las plazas de Equipos de Atención Primaria (Turabian y Medina, 1993). Esta posición no estuvo clara desde el principio, y no representó a sectores importantes del colectivo. La tentación de conservar un control restrictivo sobre el acceso para conservar el carácter elitista de la especialidad, era muy seductora para muchos médicos de familia, y sobretodo para los que se enfrentaban a un mercado de trabajo escaso.

“yo recuerdo una entrevista con unos abogados de Madrid, (...) que pidieron mucho dinero a la SEMFYC por su informe en el que nos vino a decir que estábamos locos, que no entendía porque no aceptábamos la propuesta, porque su planteamiento era decir, bueno a ustedes les favorece, tengan en cuenta que en España habrá dos tipos de médicos, los que tendrán un título que será equitativo sobre el papel, pero que unos tienen una formación de tres años, mejor y más larga, y otros tendrán una más sencilla y más corta de dos años, en

⁹⁶ Objetivos de la SEMFYC (1992-1994). Gaceta de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria 1993. 11(3): 159.

cualquier profesión quiere decir, que los de tres años que además van a ser pocos, porque me están diciendo ustedes, que de seguir el proyecto del Ministerio van a ser pocas plazas, y el de dos años va a dar cabida a toda la plétora de licenciados, que no tiene otra salida de salir para adelante, va a ser una minoría privilegiada la que consiga hacer esos tres años, por lo tanto ustedes, desde mi punto de vista se equivocan terriblemente y si quieren ustedes que haga un informe para intentar desmontar desde el punto de vista legal ese planteamiento del Ministerio, tengo que decirles que deberían ustedes apoyarlo porque eso les va a dar a ustedes mayor preponderancia dentro del sistema sanitario, seguramente mayor sueldo que a la mayoría de sus compañeros y seguramente mejores lugares de trabajo (...)" (Entrevista a APM).

La propia CNE⁹⁷ evolucionó en su posición desde una inicial que distinguía entre formación posgraduada básica y especialización: la primera serviría para ejercer como médicos generales y la segunda sería un mérito profesional, sobre el que se debería conservar un rígido control para evitar su deterioro cualitativo. Pronto la CNE se desmarcó de esta posición y se pronunció en el mismo sentido que la Sociedad. En su declaración sobre la Directiva europea, la CNE ofrecía toda su capacidad docente a cambio de que no se crearan vías alternativas a la Medicina de Familia. Su propuesta se resumía en una única convocatoria con dos cupos: cupo para los licenciados que terminaran el año de la convocatoria y otro para la bolsa histórica. El interés de controlar la formación superaba el de restringir el acceso a la especialidad.

"(...) había un sector en el Ministerio y lo que es peor, un sector de médicos de familia, no te lo pierdas, que apostaban por lo que llamaban formación básica postgraduado, (...) que era dos años de continuidad en la Facultad de Medicina que a ti lo que te daba no era el título de Medicina de Familia sino la capacitación, pero es que había un grupo de médicos de familia que optaban por eso para decir, ¿que nosotros vamos a ser ahora diez mil médicos de familia?, nada, nada. Una cosa somos los MIR , que somos los buenos, y a estos lo único que le damos es como una titulación para que puedan trabajar, de ninguna manera en igualdad de condiciones (...) Se tomó una decisión, desde mi punto de vista acertada, aunque hubo quien lo lamentó. Recuerdo que además el presidente de la Sociedad Española de aquel momento (...) pensaba que esto era una barbaridad, que era devaluar

97

Ver capítulo 8.

la formación MIR, que en realidad era como darle el MIR a todo el que saliera de la Facultad" (Entrevista a MMJ).

La SEMFYC, en un ejercicio retórico, interpretó la homologación como una oportunidad para la expansión de la Medicina de Familia y un refrendo a sus argumentos, pues la formación específica exigida por la CE les daba la razón (Turabian y Medina, 1993).

El 4 de junio de 1993 se promulgó el R.D. 853/1993⁹⁸, mediante el que se regulaba la expedición de un certificado para que los licenciados en medicina con anterioridad a 1995 pudieran ejercer con pleno derecho tras aplicación de la directiva comunitaria. Un intento posterior de la Administración de modificar este R.D., regulando la obtención del título de especialista en Medicina Familiar para los pre95 mediante un nuevo curso de formación similar al cursillo de perfeccionamiento, no prosperó⁹⁹.

El año previo a la puesta en marcha de la directiva, 1994, estuvo plagado de enfrentamientos entre colectivos profesionales, que intensificaron sus presiones sobre el Gobierno. La postura que éste había manifestado repetidas veces tiempo atrás, aceptada por los médicos de familia, cambió en los meses previos a la aplicación de la directiva, defendiendo dos vías para el ejercicio de la medicina general: médicos generales con formación específica y médicos de familia especialistas (Soler, 1995; Diario de sesiones del congreso de los diputados, 1995).

"(...) parecía que no iba a haber ningún problema, pero que se ve que la ministra de Sanidad, en aquel momento Amador, del partido socialista, pues se llegó a plantear seriamente el hacer una doble vía de formación con la obtención del título por un lado con tres años vía MIR y que hubiera una vía de un par de años se hablaba de que estuviera liderada por las Universidades, en la que hubiera un título parecido que diera poder para trabajar. En esa doble vía estaban

⁹⁸ BOE nº156, 1/7/1993

⁹⁹ Informe de la CN de MFyC en relación al proyecto por el que se dictan normas para la formación especializada en MFyC de los licenciados pre95 (SCNEM. Libros de actas, 10/3/1995). En este acta la CNE se opuso rotundamente a esta modificación porque ampliaba de nuevo el contingente de médicos que accederían al título por una vía anómala, vulnerando el compromiso de excepcionalidad que se había pactado con el R.D. 264/89.

realmente interesadas las Universidades, que veían su futuro reforzado (...), los estudiantes y la SEMG". (Entrevista a APM).

Los representantes de la oposición conservadora defendían un programa docente de dos años para los médicos generales y la vía MIR para el resto de las especialidades. Argumentaban que la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, había excedido sus funciones de Medicina General, "más por razones ideológicas que científicas", comprendidas en la faceta de Medicina Comunitaria. Propugnaban la creación de una nueva especialidad que contuviera esta faceta llamada Administración y Gestión de Recursos Sanitarios, vía MIR. El cambio propuesto incluía la desaparición de la especialidad de Medicina Familiar (Fernández-Miranda, 1995).

Los estudiantes de Medicina presionaron firmemente para que la formación generalista se incluyera en el pregrado, y que en cualquier caso esta se garantizara a todos los licenciados para introducirse en el mercado de trabajo¹⁰⁰. Su lema "seis igual a cero" se hizo muy popular.

"los estudiantes hicieron una huelga de meses (...) apostaban por la formación básica de postgrado desde un punto absolutamente clasista (...) yo recuerdo la reunión que tuvimos aquí, de la Sociedad Andaluza, en la Facultad de Medicina, hablando con dos representantes, esto del MIR de Medicina de Familia nada, el médico de familia tiene que desaparecer, ¿y tú que quieres ser? Médico cirujano, pues si tú quieres ser médico cirujano ¿a ti qué más te da que otro quiera ser médico de familia?, (...) en realidad lo que traducía esto, para los torpes, formación básica postgrado, los MIR todos de especialidad." (Entrevista a MMJ).

Las presiones de los estudiantes de Medicina fueron tan importantes que la SEMFYC publicó un documento divulgativo dirigido fundamentalmente a estos¹⁰¹, con el afán de captar vocaciones.

Durante todo el año 1994 la SEMFYC desplegó una febril actividad, en torno al problema de la directiva: mantuvo entrevistas con representantes del Ministerio de Sanidad, representantes sanitarios de las CC.AA., partidos políticos y sindicatos,

¹⁰⁰ Comunicado de prensa. Gaceta de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Atención Primaria 1995. 15(1): 96.

¹⁰¹ Gaceta de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Atención Primaria 1995. 15(3):199- 204.

OMC, asociaciones de consumidores y usuarios, FADSP, Conferencia de Decanos de las Facultades de Medicina, representantes de asociaciones de estudiantes de medicina, CEFIR, SEMERGEN, Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España (FACME), entre otros. Se recabó el apoyo de distintos organismos internacionales relacionados con la especialidad, se hizo una campaña de sensibilización en prensa médica y general y se organizaron debates específicos (I y II Jornadas de Primavera)¹⁰². También se convocó una manifestación a la que asistieron unas 2.000 personas en Madrid, que marcharon hacia el Ministerio de Educación y de Sanidad y Consumo, el 14 de mayo de 1994, a la que asistieron conjuntamente la SEMFYC, FADSP y la CEMIR, bajo el lema "Por una formación de calidad"¹⁰³.

Tras largos meses de consultas del Ministerio con el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, el Consejo General de Colegios Médicos, la Sociedad Española de Medicina General, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, la Coordinadora de Facultativos Internos Residentes, la Federación de Asociaciones de Defensa para la Sanidad Pública, la CNE de la especialidad, la Federación de Servicios Públicos de UGT y Comisiones Obreras, las autoridades sanitarias retomaron la solución mantenida por el Ministerio de Sanidad años atrás, considerando nuevamente que en España la formación específica requerida por la Directiva europea era la que se impartía mediante la especialidad de Medicina Familiar (Diario de sesiones del Congreso de los Diputados, 1995). La situación creada para la especialidad fue muy difícil y muchos coinciden en que puso en grave peligro su supervivencia (Soler, 1995).

"(...) los post 95, para entendernos, otro tipo de gente que ya sí que interiorizaba que no existieran otras vías fuera del MIR (...) por tanto ya nadie se planteaba que la especialidad pudiera desaparecer. Esto parece una tontería, pero es algo como que nosotros hemos tenido dentro muchos años, (...) en el año 94 existía un firme peligro de desaparición de la especialidad, ahora se puede contar con frialdad, pero realmente era una cosa trágica". (Entrevista a MMJ).

¹⁰² Memoria de actividades 1994. Gaceta Sanitaria de la SEMFYC. Atención Primaria, 1995. 15(1): 63- 6.

¹⁰³ Gaceta Sanitaria de la SEMFYC. Atención Primaria, 1994. 14(4): 758.

El R.D. 931/1995¹⁰⁴ se aprobó el 9 de junio en Consejo de Ministros y en él se dictaron normas en relación con la formación especializada en Medicina Familiar y Comunitaria de los licenciados post95. Se abrió una convocatoria específica de plazas para aquellos licenciados a partir de 1995 que quisieran acceder a la formación en Medicina Familiar, previa a la convocatoria anual. Se tomaron igualmente las medidas oportunas para no desaprovechar las plazas que quedaran desiertas, pasando estas a la convocatoria general¹⁰⁵.

Aunque la resolución respetaba en esencia la propuesta de la CNE, esta valoró negativamente la discriminación que sufría la especialidad, al separar su examen de acceso y exigir mayor capacidad de absorción de licenciados que al resto de las especialidades¹⁰⁶.

En 1995, tras la ratificación del MIR como única vía para la formación específica en Medicina General exigida por la Directiva comunitaria, la Administración planteó que había que lograr la normalización de todo el colectivo de médicos de Atención Primaria, por lo que organizó unas reuniones con las tres sociedades y la CNE. En ellas se estudió la posibilidad de abrir una vía para la obtención del título de Medicina Familiar acogiéndose al artículo 35 de la Directiva comunitaria 93/16, pero no fue posible llegar a ningún acuerdo (Gómez Gascón, 1997).

La publicación del R.D. 931/1995 fue aceptada oficialmente por los representantes de la especialidad como un triunfo: se conseguía el objetivo primordial que la especialidad de Medicina Familiar fuera la única vía para el ejercicio de la Medicina General. Se consolidaba la especialidad como integradora de un único colectivo profesional que ejerciera en Atención Primaria (Soler, 1995).

¹⁰⁴ Real Decreto 931/1995 de 9 de junio por el que se dictan normas en relación con la formación especializada en Medicina Familiar y Comunitaria de los licenciados en Medicina a partir del 1 de enero de 1995 y se adoptan determinadas medidas complementarias. B.O.E. De 16 de junio de 1995 (núm. 143).

¹⁰⁵ Gaceta Sanitaria de la SEMFYC. Atención Primaria, 1995. 16(4): 237- 8.

¹⁰⁶ Informe de la CNE de Medicina Familiar y Comunitaria en relación al proyecto por el que se dictan normas para la formación especializada en Medicina Familiar y Comunitaria de los licenciados post95. (SCNEM. Libro de actas, 10/3/1995).

La SEMFYC abandonó su postura de un colectivo cuestionado y anunciaba su voluntad integradora del resto de los profesionales de la Atención Primaria (Medina, 1994; Soler, 1995), si bien las diferencias en la práctica tardarían en diluirse.

9.2.5. Relaciones con la Enfermería

"La situación de partida de las enfermeras era bastante frustrante. En los ambulatorios, excepto cuando ayudaban en la pequeña cirugía o las curas, su trabajo era exclusivamente burocrático de escribir recetas y bajas". La imagen que se describía en Sociología de los Ambulatorios era descorazonadora: "..testigos y cómplices de una pésima asistencia son meras escribientes o como mucho ponen inyecciones sin comunicación alguna con el facultativo que la prescribe. En definitiva, auxiliar del médico.." (Bravo, De Miguel, Polo et al., 1979). En la encuesta del IESS de 1979, las enfermeras manifestaron la urgencia de una reforma a fondo del sistema sanitario, con una clara tendencia socializante. Reconocían como causas del mal funcionamiento de la asistencia sanitaria, por este orden, la masificación, la falta de libre elección, la baja cultura sanitaria de los pacientes y la mala organización. La mayoría aceptaba una buena relación con los médicos, pero reconocían que esta era una frecuente fuente de conflictos¹⁰⁷.

El colectivo de enfermería fue, en general, bastante activo y progresista en los años de transición democrática. En las reivindicaciones políticas encajaron las de democratización de la profesión. La enfermería fue desde el primer momento uno de los sectores más comprometidos con la reforma sanitaria¹⁰⁸. Las enfermeras exigían un cambio de estatus con funciones propias que incluyeran la investigación (Serigó, 1979)¹⁰⁹. A partir de 1977 se produjeron cambios en el programa docente (formación en Ciencias Sociales y Salud Pública) que prepararon a la enfermería para

¹⁰⁷ En esta encuesta, las enfermeras creían que muchos médicos eran engreídos, abusaban de un prestigio social inmerecido, y consideraban la Enfermería como una minimedicina. También pensaban que otra fuente de conflicto era el carácter femenino de la profesión de enfermera.

¹⁰⁸ I Jornadas de Evaluación y Control de los Servicios Sanitarios. Tribuna Médica, nº 980, 4/3/1983, p.22. Las enfermeras se erigen como motor de la reforma de la Atención Primaria de Salud. Salud 2000, nº 22, p.19.

¹⁰⁹ En junio de 1978 se llevó a cabo un encierro de los representantes de los Colegios de ATS de Madrid para exigir mayor reconocimiento profesional.

trabajar en un sistema que consideraba al individuo como un ser biopsicosocial (Junta de Andalucía, 1987) y que mejoraron la autonomía profesional de la enfermería.

“(…) para nosotros tenía el mismo interés conseguir que los médicos de familia se incorporaron a la Reforma que el que lo hicieran las enfermeras, es más, simultáneamente a la implantación de la especialidad de Medicina de Familia en España, se planteó la reforma de la enseñanza en las escuelas de enfermería y ese fue un proceso por lo menos tan importante y se configuró una nueva enfermería que era diferente de la hospitalaria, que era la enfermería que podía trabajar en atención primaria”. (Entrevista a JCR).

El reconocimiento del carácter universitario de sus estudios, unido a la aparición de alguna revista profesional, la realización de Congresos y el comienzo de un asociacionismo que consiguió aglutinar a gran número de profesionales en torno a una idea común, abonó el terreno para una transformación profesional (Hernández, 1986). Estos cambios no fueron ajenos al contexto nacional e internacional en el que se conformó el nuevo modelo de la Atención Primaria (Antón, 1990; Durán, 1998; Torra i Bou). La convergencia es fácil de explicar si entendemos que las bases conceptuales de uno y otro proceso son las mismas. Como ya se vio reiteradamente en el capítulo 4, el cambio en el patrón de morbilidad, con un desplazamiento del interés de la atención desde la enfermedad a la salud facilitó la emergencia de actividades como la promoción y educación para la salud y, en definitiva, una cultura de los cuidados más propia del discurso de la enfermería que del de la medicina (Arcas, Delgado, Gómez et al., 1986). La tendencia desmedicalizadora del nuevo modelo promocionó un nuevo rol profesional a la enfermería, que tuvo un gran éxito en Latinoamérica (Papel del profesional, 1985). Por ello, la mayoría de las publicaciones que versaban sobre el cambio de rol de Enfermería citaban trabajos de la OMS y OPS. También es significativo que se relacione la emergencia de estos profesionales con el contexto de crisis económica (Jiménez, Ruiz, Ortiz et al., 1986; Hernández, 1986). Se daba la paradoja además, de que existían dos estudiantes de medicina por cada uno de enfermería, por lo que la reforma sanitaria exigía el control de la entrada en las Facultades de Medicina y el estímulo de las Escuelas de Enfermería (De Miguel, 1976).

Los primeros CC.SS. ya incorporaban Consultas de Enfermería en el funcionamiento de los equipos, fenómeno que fue consolidado con el R.D. 137/1984

de Estructuras Básicas y la Orden de 14 de junio de 1984 (BOE nº146) que creó la modalidad de Enfermería de Atención Primaria (Junta de Andalucía, 1987). A partir del informe elaborado sobre los primeros quince CC.SS. puestos en marcha entre septiembre de 1985 y enero de 1986, la Dirección General de Atención Primaria y Promoción de la Salud de la Junta de Andalucía estableció unas directrices sobre la organización de enfermería en los Centros de Salud a través de un documento titulado "Atención directa de Enfermería en las instituciones sanitarias abiertas"¹¹⁰. En 1988 el Ministerio de Sanidad y Consumo editó una Guía de Atención de Enfermería en Atención Primaria de Salud, que con la Guía de Funcionamiento de Atención Primaria, institucionalizaron los programas de salud materno-infantil, adulto y anciano en los que la enfermería tenía un papel muy activo. Sin embargo, hasta 1990, diez años después de que las enfermeras participaran en la puesta en marcha de los CC.SS., no apareció la circular del Insalud por la que se establecían las actividades de enfermería en los Equipos de Atención Primaria. En 1991 una Orden Ministerial regulaba las Direcciones de Enfermería en Atención Primaria (Durán, 1998)¹¹¹.

Este retraso en la creación del marco legislativo de las funciones de la enfermería en Atención Primaria podría explicarse desde la oposición que el sector más conservador de la profesión médica mostró desde un principio a la autonomía profesional de las enfermeras. La destrucción de una estructura jerárquica vertical para convertirse en una horizontal, multidisciplinar, en la que se comparten responsabilidades y tareas, fue vivida como un ataque por el sector más conservador de la profesión. Como indica Ángeles Mora Temprano (1986), la nueva dimensión horizontal del Equipo de Atención Primaria implicaba una negociación de roles que debían ser clarificados de antemano para evitar conflictos. La negociación debía basarse en la situación específica para la cual se trabajaba y la utilización de

¹¹⁰ El Ministerio de Sanidad dispuesto a extender las "consultas de enfermería " a toda España. *Tribuna Médica*, 13/6/1986, p. 12.

¹¹¹ La O.M. es de 24/1/1991, sobre delegación de atribuciones (B.O.E. de 24 de Enero). Otros tímidos intentos legislativos autonómicos son el decreto 195/1985 de 28/8/1985, sobre Ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Andalucía (B.O.J.A. nº89 de 14/9) y la Orden de 2/9/1985 por la que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de los Centros de Atención Primaria de Andalucía (B.O.J.A. nº90 de 19/9). En ellos se hablaba de las funciones del adjunto de enfermería y la posibilidad de que los usuarios pidieran consulta con las enfermeras directamente desde recepción. A pesar de que Ruiz Arias y otros, destacan el valor de estas normas, su contenido es más bien exiguo. Desconozco si se produjeron avances de esta índole en otras autonomías.

recursos existentes. Es en este ámbito, el cotidiano, el privado de los equipos, donde se producían las resistencias. Los problemas derivados de la indefinición del papel de la enfermería obstaculizó la buena marcha de los equipos (Rodríguez, Márquez y López, 1995b). En una encuesta realizada a equipos pioneros en 1988, se evidenciaba que la gran mayoría de los médicos no habían comprendido ni valorado el trabajo de enfermería (De la Revilla, 1988). La incomunicación entre estamentos fue un fenómeno confesado ampliamente por las propias enfermeras en todos los trabajos consultados (Arcas, Delgado, Gómez et al., 1986; Antón, 1990; Vidal, Artigas, Gogorcena et al., 1993).

La creación de las Consultas de Enfermería despertó el interés de la prensa médica (Rodríguez, Márquez y López, 1995a) al ser objeto de una importante controversia y provocar una feroz oposición de la Organización Colegial. En Cádiz, médicos de la FADSP fueron expedientados por manifestar sus opiniones en apoyo de las Consultas de Enfermería y otros muchos recibieron circulares amenazantes¹¹². Pero la Administración mostró firmeza en su implantación¹¹³. Como otros cursos de la reforma se consideraron una opción política y no científica (Gervás y Fernández, 1996; Gervás, 1996). Las Consultas de Enfermería llegaron a estimarse como un índice de calidad asistencial porque se había demostrado su relación con la disminución del gasto farmacéutico, las derivaciones y la descarga asistencial de las consultas médicas¹¹⁴. El contenido que se impuso en las Consultas de Enfermería fue el de las actividades protocolizadas con enfermos crónicos (Lacarta, Arto, Sediles et al., 1990), aunque hubo otros diseños que no prosperaron finalmente.¹¹⁵ La consulta a demanda no tuvo mucho éxito¹¹⁶, y ello provocó que se cuestionara la rentabilidad de la figura de la enfermera, destinada a unos pocos actos por día (Gervás, 1996 a).

¹¹² Médicos expedientados. Salud 2000, 1986, nº 5, p 16- 17.

¹¹³ El Ministerio de Sanidad dispuesto a extender las "consultas de enfermería " a toda España. Tribuna Médica, 13/6/1986, p. 12.

¹¹⁴ Calvo- Rubio Burgos M., Montero Pérez F. J. Barco Enriquez C. Tapia Berbel G. Aragón Moreno C. Impacto del programa de consulta de enfermería sobre la asistencia primaria. Atención Primaria. 1989; 6(8):566-571.

¹¹⁵ Pérez Fernández M.M., López García E. García García E. Gervás J. J. Contenido y organización de una consulta de enfermería . Atención Primaria. 1988; 5(5):272-276.

¹¹⁶ Para algo más que extender recetas. Salud 2000, 1986, nº 5, p. 17- 18.

La Enfermería de la Atención Primaria había captado profesionales jóvenes y motivados, que eligieron el traslado a Primaria de motu proprio y mostraron gran disposición para formarse en este ámbito de trabajo (Ruiz Arias, 1986). Pero las expectativas fueron excesivas y la aplicación práctica de sus principios de trabajo difícil (Gervás y Pérez). La persistencia de un modelo curativo marginó las actividades preventivas a un segundo plano y con ello, la enfermería perdió el valor que la reforma le había concedido (Elola, 1991).

10. CONCLUSIONES

1.- La Medicina de Familia en España proporciona un ejemplo más de la compleja relación entre estructura sociopolítica y saberes científicos. Se puede decir que con la transición democrática se recuperaron valores sociales y científico-médicos, como la visión social de la enfermedad, notorios en épocas anteriores. En efecto, el paradigma de las causas sociales de enfermar es coherente en un marco progresista y, en ese sentido, son superponibles contextos como la Segunda República española, el Chile de Allende, los centros vecinales del presidente Johnson en su guerra contra la pobreza o el régimen de los años 40 de Sudáfrica entre otros, con la etapa de la transición política y los primeros gobiernos socialistas de la década de 1980.

2.- El nacimiento de la Medicina de Familia se produce en un periodo de apertura política y de gran entusiasmo por las transformaciones sociales. Aunque se ha magnificado el papel de la sociedad civil en la transición democrática española, esta construyó una ética del cambio y la justicia social en la que prendió fácilmente el proyecto de un Servicio Nacional de Salud, integral y universal. La Medicina de Familia apareció como respuesta correctora a las críticas que se hacían a la atención ambulatoria en el debate sanitario aparecido al final del franquismo. Podemos entender la Medicina de Familia como un proyecto de supervivencia profesional para adaptarse a las críticas sociales que deslegitimaban un sistema y una profesión. Esta respuesta se concretó en el trabajo en equipo multidisciplinario, aumento de dedicación de los profesionales, prevención, participación ciudadana y eficiencia y calidad científico-técnica.

3.- El acercamiento comparativo a los procesos de especialización en Medicina Familiar ocurridos en los países anglosajones nos desvela cómo la especialidad española comparte con ellos características que han sido engañosamente atribuidas a su idiosincrasia. En España, como en Gran Bretaña, el nacimiento de la especialidad sigue al reconocimiento de la crisis del sistema ambulatorio. La pérdida de estatus de los

médicos generales provocó una remodelación de sus objetivos laborales. Sin embargo, solo un segmento profesional protagonizó esta revitalización, marginando al resto, de manera que la exclusión constituyó inicialmente un instrumento básico en la retórica de los nuevos médicos de familia británicos. La exclusión es una estrategia universal en los procesos de especialización y su conocimiento nos ayuda a comprender el grado de fractura que

provocó entre los médicos españoles.

4.- El cuestionamiento del orden social que acompañó a la modernización de la sociedad española de la década de 1970, se superpone al descrito en la revitalización de la *General Practice*. En Gran Bretaña, la ideología progresista desempeñó un papel cohesionador en la especialidad, lo que le valió a la especialidad la enemistad de la comunidad científica que la acusó de estar construida sobre ideales políticos. El empeño que exigió la superación de este rechazo, incrementó el espíritu de militancia de la especialidad y construyó una épica que se transmitió a otras comunidades médicas. Esta singular carga emocional de la Medicina de Familia es compartida por la especialidad en nuestro país y su consideración aquí permite enriquecer y contextualizar los relatos que, desde su ignorancia histórica, aíslan la experiencia española.

5.- En los países anglosajones los médicos de familia aprovecharon el descontento que producía el enfoque fragmentario de los especialistas para revalorizar su ejercicio. Su discurso se centró en el valor de la relación médico-paciente, el interés por la familia y la comunidad. Por el contrario, los médicos de familia españoles rechazaron estos elementos del discurso con el que los GP persuadieron a la población, porque les acercaba a la retórica de los médicos generales. Podemos decir que el valor diferencial de la especialidad fue tan vulnerable, que dependió del grupo profesional al cual debía oponerse por razones más sociales que científicas.

6.- El modelo de Atención Primaria Global nació en una sociedad que cuestionaba las formas clásicas de poder (entre ellas la médica) y apostaba por la salud como motor de desarrollo y cambio mediante la participación activa de las poblaciones. La Medicina de Familia vivió una relación ambivalente con el modelo de Atención Primaria. La revalorización de la Medicina General desempeñó un importante papel en la formulación de un nuevo modelo asistencial; pero los médicos de familia identificaron interesadamente ambos procesos, desvirtuando la filosofía de la

Conclusiones

Atención Primaria. Los nuevos especialistas de Medicina de Familia aprovecharon la autoridad de la OMS para legitimar cambios ya emergentes en el debate sanitario y consolidados en las comunidades científicas anglosajonas. Por ello, podemos decir que el valor de la conferencia de Alma-Ata en la construcción de la especialidad es más retórico que real.

7.- La imbricación del nacimiento de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en la reforma sanitaria española resultó decisiva para ambos. La reforma sanitaria fue un largo proceso que reflejó las relaciones de poder y los intereses de los distintos sectores profesionales. Su formulación afectaba a la misma esencia de la profesión médica, por lo que su marginación del debate como grupo corporativo enturbió las relaciones entre estos y el Estado, contribuyendo a la denominada crisis profesional. La ideologización de la reforma radicalizó las posturas, de tal manera que podemos decir que el debate sobre la reforma sanitaria fragmentó el colectivo médico, lo cual es decisivo para comprender las tensiones entre los médicos de familia y el sector más reaccionario de la profesión, que identificó a los primeros con la autoridad estatal. El debate sobre la reforma sanitaria recogió los elementos de la denominada crisis profesional, a saber, la progresiva asalarización del ejercicio profesional, el cambio de filosofía en la atención a la salud que acababa con el monopolio médico de esta, la transformación de la relación médico paciente y la heterogeneización del colectivo médico que introdujo disidencias en su discurso monolítico. La renovación demográfica de la profesión que tuvo lugar en las décadas entre 1970 y 1990, facilitó el desplazamiento hacia la izquierda de una parte importante de una profesión de marcada tradición liberal, lo que la orientó hacia posiciones más progresistas y comprometidas.

8.- Los médicos generales fueron marginados del proceso reformador, como grupo. Sin embargo, el uso de documentos personales y fuentes orales permiten matizar esa afirmación y descubrir experiencias que en algunos casos convergieron decisivamente en la historia de la especialidad y la reforma, como las aquí estudiadas de Montánchez, Tirajana o Vizcaya. Estas iniciativas compartieron su orientación salubrista y comunitaria y su vinculación a la transformación global de la sociedad, perfectamente contingentes en el marco de la transición española. Su influencia en la evolución de la

Medicina de Familia ha sido poco conocida por su escasa presencia en las fuentes escritas, por lo se hace pertinente profundizar en su investigación.

9.- El sistema MIR nace como respuesta a la proliferación caótica e indiscriminada de especialistas en nuestro país, que ponía en peligro la calidad de la formación especializada. Pero los defensores del sistema MIR aprovecharon su rigor para conformar su carácter de élite. La "barrera" MIR fracturó seriamente al colectivo médico, por encima de otros criterios teóricamente más consistentes, como el ámbito profesional, la edad, o la ideología. La inclusión de la Medicina de Familia en el sistema de especialización MIR parte de la tendencia internacional que exigía una formación posgraduada para el ejercicio de la medicina, pero esta inclusión fue anterior a la construcción científica y social de la especialidad, lo cual resulta crucial para comprender su particular curso histórico. Desde el punto de vista ideológico, el movimiento MIR aglutinó una serie de inquietudes sociales y políticas que le otorgaron un enorme potencial dinamizador. Este potencial y su naturaleza exclusiva conformaron un sentimiento de pertenencia que se reprodujo en los médicos de familia. La Medicina de Familia nació bajo el mecenazgo de exlíderes del movimiento MIR, que encontraron en la especialidad el modo de canalizar la vocación transformadora que guió su etapa de residentes. Participaron en la confección de un programa docente, en las negociaciones con el Ministerio y desde la Comisión Nacional de la Especialidad impulsaron su desarrollo.

10.- La trayectoria hospitalaria constituyó la seña de identidad por la que los médicos de familia recuperaron la confianza de la sociedad y la comunidad científica. El discurso de los médicos de familia españoles recurrió frecuentemente a estrategias racionalizadoras que se amparaban en el reconocido prestigio hospitalario: el trabajo en equipo, los registros, la protocolización de actividades, la investigación y docencia. La formación hospitalaria de los especialistas creó vicios en su preparación que fue criticada por los médicos generales, por artificial y poco adaptada a la realidad asistencial. La búsqueda de una institución propia de formación y práctica en las Unidades Docentes y la evolución de los programas docentes refleja la tendencia de la especialidad a buscar su autonomía de la férula hospitalaria a través de la potenciación de contenidos comunitarios.

Conclusiones

11.- El compromiso social, el liderazgo de la reforma, la superación de escollos y la autosuficiencia formativa, entre otros, conformaron entre las primeras generaciones de médicos de familia una identidad muy compacta, que sirvió para compensar la polivalencia de la especialidad. La autonomía de la especialidad se manifestó desde un principio en el diseño de su formación y del modelo en el que los médicos de familia y otros sanitarios desarrollarían sus funciones. Hasta la llegada del Partido Socialista al poder, a finales de 1982, los médicos de familia se condujeron combativamente para lograr el compromiso de la Administración con la reforma y la especialidad. La indecisión del gobierno estimuló esa beligerancia, que sirvió para conformar su identidad de grupo. Las frecuentes movilizaciones, encierros, huelgas, asambleas etc... sirvieron como demostraciones gestuales muy del gusto de la sociedad de la transición que se archivarían en la memoria histórica del colectivo.

12.- La apertura de los primeros Centros de Salud reprodujo el sentido vocacional de los primeros años de formación. La falta de reglamentación hizo que el proceso dependiera del voluntarismo y la arbitrariedad de los apoyos (hospital, Administración, partidos políticos, personal auxiliar...). La precariedad de recursos humanos y materiales estimuló la creatividad e independencia con la que resolvieron sus carencias. La incorporación de los médicos generales a los equipos fue traumática por la improvisación y la irregularidad de medios con la que se llevó a cabo. La imaginación y entrega con las que los primeros residentes corrigieron las carencias no eran exigibles a las siguientes cohortes de médicos que llegaron a los Centros de Salud, muchos de ellos sin formación ni motivación suficientes. Ello facilitó el desencuentro.

13.- La carencia de contenidos sobre los que establecer un dominio derivó en una dependencia de códigos discursivos, organizativos y metodológicos. Con ello también buscaban ocultar las deformidades ideológicas que debilitaban la consistencia científica de la especialidad. Este fenómeno se tradujo en una rigidez metodológica, poco rentable, pero de gran valor cohesionador y útil a intereses corporativos. La ortodoxia del método y el proceso queda ilustrada en los exhaustivos registros y diagnósticos de salud, la protocolización y programación de actividades, sus auditorías y evaluaciones. Posiblemente el escenario social de la transición democrática estimulara el culto al signo y el recambio de metodologías.

14.- El discurso de los médicos de familia españoles tuvo un componente salubrista y sobre todo, comunitario, más intenso que el británico, pero de ningún modo exclusivo. La influencia iberoamericana a través de textos, visitas o la vuelta de antiguos exiliados debe ser reconocida en la Medicina Familiar en nuestro país. El contexto histórico de apertura democrática impregnó de referencias ideológicas y políticas la orientación comunitaria de la especialidad. Los Consejos de Salud representaron el mítico principio de participación comunitaria; su implantación y continuidad dependió fundamentalmente de la motivación de los profesionales que encarnaron el papel de dinamizadores sociales. Esa vocación social no abandonó el plano de la retórica y, en la práctica, no se aprovechó su potencial transformador. Más bien el énfasis preventivo de la especialidad constituyó un eficaz mecanismo de control sobre la demanda, en un sentido cuantitativo evidente de expandir el mercado y otro, más sutil, cualitativo, de selección de las necesidades, más cómodas al discurso médico.

15.- La organización de la consulta en tiempos diferenciados sirvió a este interés corporativo de codificar desde un discurso biomédico la demanda de los usuarios y adaptarla a las propias necesidades profesionales. El trabajo en equipo cumplió una función profesionalizadora muy útil al eliminar referencias personales en el acto médico e introducir otras tareas más gratificantes en el tiempo laboral. En España el trabajo en equipo tuvo además una rentabilidad social muy apropiada a la sensibilidad política y cultural del momento, pues rompía la hegemonía médica sobre la salud.

16.- Desde 1984 la CNE ejerció un papel muy activo en el control del reclutamiento de especialistas y la conservación de unos estándares de calidad que prestigiaran la especialidad. El estudio de la evolución de su postura en determinados asuntos centrales para la especialidad, ofrece un interesante objeto de análisis de estrategias de profesionalización y desvela los intereses que se pusieron en juego en las negociaciones con el Estado en momentos difíciles para la especialidad. La CNE admitió la relajación del acceso a la especialidad, a cambio de mantener el dominio sobre la formación. La aceptación de la CNE de la homologación de títulos, o la

Conclusiones

apertura del acceso al sistema MIR de especialización para dar cumplimiento a la directiva europea, son buenos ejemplos de esta estrategia.

17.- La Sociedad científica de la especialidad, a través de los Congresos y su órgano de difusión, la revista *Atención Primaria*, desempeñó una función de cohesión en el colectivo muy eficaz, que trascendió la puramente científica y se sumó a otras conductas de exclusión que los propios líderes de la sociedad intentaron corregir en fases más consolidadas de la especialidad.

18.- A partir de 1985 la lucha de los médicos de familia se desplazó desde su formación al mercado laboral. Los médicos de familia buscaron en los tribunales un nuevo escenario que amortiguara su indefensión sindical en el acceso a cada puesto de trabajo y endurecieron su rechazo a las homologaciones y cualquier vía de acceso a la especialidad que no fuera la MIR. Esta posición prevaleció en las bases de la especialidad con dificultad para conseguir trabajo. Pero su negativa fue reconducida por la SEMFYC y la CNE que aceptaron relajar los mecanismos de reclutamiento a cambio de conservar el dominio de la formación.

19.- En definitiva, la especialidad de Medicina de Familia, aunque respeta las estrategias clásicas de especialización, presenta singularidades, las más destacadas son, sin duda, el peso del discurso, los aspectos metodológicos y organizativos y la cohesión ideológica de sus comienzos. Aspectos todos ellos, compartidos en experiencias internacionales.

11. FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

11. 1. ARCHIVOS CONSULTADOS

➤ Archivo de Pilar Blanco y José M^a Carro Ramos (APBJC)

- Carta de la Comisión de Sanidad al Alcalde a 6/12/1977.
 - Carta de la Comisión de Sanidad al Obispo, invitándole a la clausura junto al Gobernador Civil y Jefe Provincial de Sanidad, 20/1/1978.
 - Cartas anónimas de 24/1/1978, 26/1/1978 y 30/1/1978.
 - Carta de Carro dirigida al Alcalde, 22/3/1978.
 - Bando del Ayuntamiento de 4/4/1978.
 - Carta del Alcalde a J. Carro, 5/4/1978.
 - Cartas de Carro dirigidas al Alcalde, Felipe Gómez 15/4/1978; 17/4/1978; 29/4/1978; 29/6/1978; 7/7/1978.
 - Carta de J. Carro a la Dirección de Salud de Cáceres informando del alarmante ascenso de gastroenteritis y de la desidia del Alcalde, 26/7/1978.
 - Carta de J. Carro dirigida a la Dirección de Salud de Cáceres, 4/8/1978
 - Carta del Alcalde accidental, Guillermo Lozano, a J. Carro en respuesta a su escrito de denuncia ante las autoridades municipales de la situación del basurero, 5/8/1978.
 - Carta de Carro dirigida al Alcalde accidental Guillermo Lozano, 17/8/1978.
 - Carta del Delegado de Sanidad dirigida a los Alcaldes, Jefes locales de Sanidad y farmacéuticos titulares, 31/8/1978.
- Carta del Alcalde al Presidente del Colegio de Médicos de Cáceres poniendo en su conocimiento la ausencia del médico titular, de 30/9/1978.
- Carta del Colegio de Médicos, solicitando a Carro explicación de la ausencia que el alcalde denunció, de 20/10/1978.
 - Carta de José Carro Ramos al Colegio relatando los hechos, de 24/10/1978.
 - Carta de la Junta Comarcal firmada por Carro, 13/12/1978.
 - Notificación del Alcalde a 13 y 31/1/1979, informando de la ilegalidad del reparto de la asistencia médica amenazando con el cese al titular.
 - Bando Municipal, Montánchez de 31/1/1979, invitando a los ciudadanos que no fueran atendidos por el médico titular a denunciar el hecho.
 - Carta de Carro informando al Delegado territorial del Ministerio de Sanidad

de Cáceres de la denuncia interpuesta en el Juzgado por el estado del agua 29/1/1979.

- Carta de Carro en la que envía al Delegado territorial del Ministerio de Sanidad de Cáceres un largo inventario de personas afectadas por la falta de agua potable, 2/2/1979

- Carta del Delegado Territorial de Cáceres a D. José Maria Carro Ramos, 5/2/1979.

- Carta dirigida a los Presidentes de las Juntas comarcales de Cáceres, sin fecha.

- Borrador para la colaboración en un periódico, inmediatamente posterior al cese (1979).

- Carta firmada por el grupo con motivo del cese, sin fecha (1979).

- Anónimo del pueblo, sin fecha. "Queridos amigos: J. Maria, Fernando...."

- Carta del Equipo extremeño para el Estudio de la Salud, dirigida a J. C. Rodríguez Ibarra, en la Consejería de Sanidad y Seguridad Social; Respuesta de J.C. Rodríguez Ibarra a J. Carro, en la que le informa que ha iniciado los trámites necesarios para enterarse de los motivos del cese, sin éxito hasta entonces. Sin fecha, 1979.

- Carta de Carro Ramos a la Secretaría de las Jornadas de Medicina de Familia y Comunitaria. Fundación "Ramos de Castro" en Zamora, solicitando su participación como integrante del grupo sanitario de Montánchez. 25/9/1979.

- Carta del Hospital Infantil La Fe de Valencia, que auspiciados por UNICEF celebrarían del 7 al 9 de diciembre de 1979 un congreso titulado "Derecho a la salud y cuidados de enfermería en el niño".

- Carta del Centro de Rehabilitación de Parapléjicos de Toledo invitándoles a hablar de "Rehabilitación en el medio rural", en la Residencia Sanitaria de Talavera el 14/12/1979.

- Cartas de Alfredo Nombela Medina dirigida al grupo, 28/1/1979, 6/2/1979, 11/1/1980, 3/2/1980.

- Carta de Jose Luis Miraflores de 10/2/1979.

- Carta de seis estudiantes de la Ciudad Sanitaria Primero de Octubre, de 3/10/1979.

- Carta de Pedro Miguel Martín de la Concha, residente de la especialidad de Medicina de Familia en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, 25/1/1980.

➤ **Archivo de Charo López Quintana (ACLQ)**

- Comunicado de la CEMIR. Madrid. 10/7/1978 .

- Documento de trabajo de la CEMIR. Madrid. 2/10/1977.

➤ **Archivo de Manuel Gálvez Ibáñez (AMGI)**

- Acta de la reunión celebrada en la Delegación territorial del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social de Granada el día 10/3/1981, para elaborar propuestas de las actividades a realizar por los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en su tercer año de formación.
- Reunión de la coordinadora MIR del 11/4/1981 en Madrid.
- Colectivo de residentes de la especialidad. Informe sobre la situación actual de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España. Carta a la OMS. Mayo, 1981.
- Borrador elaborado por los residentes de Medicina de familia de Granada, para su difusión en los diarios Patria e Ideal de Granada. Los médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de toda España en huelga los días 28, 29, y 30 de mayo de 1981.
- Comunicado de la permanente de MFYC, aprobado en la asamblea del colegio oficial de médicos de Madrid. 28, 29, 30 de Mayo de 1981.
- Borrador aprobado en asamblea en la huelga de noviembre de 1981. Por la creación de centros de salud experimentales en el area rural y urbana, y por la reconversión de los actuales ambulatorios en centros de salud.
- Borrador. Huelga MFYC. 28/5/1982.
- Borrador de proyecto de Real Decreto sobre la creación de Unidades Piloto de Medicina Familiar y Comunitaria. Modificado por el colectivo de medicina familiar y comunitaria del estado español. Junio, 1982.
- Nota de la Federación de Servicios Públicos de la UGT a los secretarios del sector Sanidad, de 23/2/1994.
- Informe de la Sociedad Castellano Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria sobre los procedimientos judiciales entablados contra la orden de 4/1/1994 de la Consejería de Presidencia y Administración Territorial de la Junta de Castilla y León, en relación con la disposición transitoria cuarta de la Ley de Ordenación del Sistema Sanitario que favorecía desproporcionadamente a los interinos. Valladolid, 16/11/1994.
- Pacto del Servicio Andaluz de Salud con las Centrales Sindicales firmantes en el ámbito de la Mesa Sectorial de Sanidad de la Comunidad Autónoma con el Servicio Andaluz de Salud, 2/3/1993.
- Carta del defensor del pueblo andaluz al director gerente del Servicio Andaluz de Salud, Sevilla, 10/4/1995.
- **Archivo de José Saura Llamas (AJSL)**
 - Memoria de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria; 1982; Cabezo de Torres, Murcia.
- **Archivo del Centro de Salud de Albaycín (ACSA)**
 - Memoria de la Unidad Docente Provincial de Medicina Familiar y Comunitaria de Granada. Curso de formación para la puesta en marcha y apertura de los centros de salud de Cartuja y Alabaycín. 1985. Granada.

- Programa de reciclaje para sanitarios de la comarca de la Alpujarra. 1985. Granada.
- **Archivo de Francisco Vázquez Troitiño (AFVT)**
 - Carta de la OMS al Dr. Esteban de Manuel, 8/6/1982. Copenhague.
 - Participación de la comunidad en los asuntos de salud. Experiencia de Cambre. Agosto, 1982.
- **Archivo de Amando Martín Zurro (AAMZ)**
 - Bloque catalán de Medicina Familiar y Comunitaria. Mancomunidad Ciudad de Badía. Anteproyecto de Centro Piloto de Asistencia Primaria de Ciudad de Badía. Mayo, 1981.
 - Unidad Docente. Ciudad sanitaria de la Seguridad Social "Príncipes de España". Programa de formación. Problemática y desarrollo de la especialidad. Comisión de Educación Médica. Grupo de Trabajo de M. Familiar y Comunitaria. 1980.
 - Bloque catalán de Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina Familiar y Comunitaria. Programa Oficial. Unidad Docente. Objetivos de Formación en las áreas clínica y comunitaria. Marzo 1981.
 - Residentes y Tutores del Área de Barcelona de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente "Justo Oliveras" (Hospitalet de Llobregat). Anteproyecto docente y presupuesto para el desarrollo de la formación extrahospitalaria de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, 1981.
- **Archivo de la Escuela Nacional de Salud Pública. (AENSP).**
 - Informes de entidades y organismos para la Comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud, 1990.
 - Informe de la Subcomisión de la Federación Española de Asociaciones de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios.
 - Informe de la Subcomisión de Atención Primaria de la Comisión Abril.
 - Informe de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista.
- **Libros de Actas de la Secretaría de las Comisiones Nacionales de Especialidades Médicas . (SCNEM) Ministerio de Sanidad y Consumo.** Libros de actas desde 1984 a 1995.

11.2.FUENTES ORALES

AAO: Antonio Aragón Orellana, entrevista realizada en Granada el 17/10/2003.

ADS: Ana Delgado Sánchez, entrevista realizada en Granada el 16/10/2003.

AMZ: Amando Martín Zurro, entrevista realizada en Barcelona el 23/3/2004.

APM: Albert Planes Magriñá, entrevista realizada en Barcelona el 23/3/2004.

APO: Asunción Prieto Orzanco, entrevista realizada en Madrid el 28/2/2002.

CA: Concha Álvarez, entrevista realizada en Madrid el 26/5/2004.

- CCR: Claudio Cid de la Rivera, entrevista realizada en Bilbao el 22/6/2004.
- CLQ: Charo López- Quintana Ojeda, entrevista realizada en Bilbao el 22/6/2004.
- DFG: Dolors Forés García, entrevista realizada en Barcelona el 1/7/2004.
- EBB: Esther Busquets Bou, entrevista realizada en Barcelona el 1/7/2004.
- EMK: Esteban de Manuel Keenoy, entrevista realizada en Zaragoza el 10/9/2004.
- EPJ: Ernestina Presser Juste, entrevista realizada en Bilbao el 22/6/2004.
- ESG: Elia Sevilla García, entrevista realizada en Granada el 15/10/2003.
- FVT: Francisco Vázquez Troitiño, entrevista realizada en Madrid el 13/6/2004
- JCR: José M^a Carro Ramos, entrevista realizada en El Escorial, Madrid el 22/4/1999.
- JG : Juan Gervás, entrevista realizada en Buitrago, Madrid, el 31/3/2007.
- JRGA: Juan Ruiz- Giménez Aguilar, entrevista realizada en Madrid el 3/7/1999
- JSA: José M^a Segovia de Arana, entrevista realizada en Madrid el 26/7/2004.
- JSL: José Saura Llamas, entrevista realizada en Murcia el 31/3/2004.
- JTF: José Luis Turabian Fernández, entrevista realizada en Toledo el 21/5/1999.
- LGO: Luis García Olmos, entrevista realizada en Madrid el 25/4/2005.
- LRA: Luis de la Revilla Ahumada, entrevista realizada en Granada el 15/10/2003.
- MMJ: Miguel Melguizo, entrevista realizada en Granada el 16/10/2003.
- PBP: Pilar Blanco Prieto, entrevista realizada en El Escorial, Madrid, el 22/4/1999.
- RRA: Ricardo Ruiz de Adana Pérez, entrevista realizada en Madrid el 19/2/2002.
- TGC: Tomás Gómez Gascón, entrevista realizada en Madrid el 21/3/2002.

11.3. PUBLICACIONES PERIÓDICAS REVISADAS

11.3.1. Revistas profesionales

- Atención Primaria (1984-1995).
- Revista de Sanidad e Higiene Pública (1979- 1991).
- Gaceta sanitaria (1984- 1997).

11.3.2. Prensa médica de información general

- Jano (1981- 1990).
- Salud 2000 (1981- 1990).
- Tribuna Médica (1981- 1990).

-Profesión Médica (1977- 1979)

11.3.3. Prensa diaria

- Diario El País (1980-1982).

Consulta de artículos ocasionales de otros medios, obtenidos de los Archivos personales consultados.

11. 4. BIBLIOGRAFÍA

Abanades Herranz, J. C.; Otero Puime, A.; Delgado Arranz, J. et al. Evaluación de un screening de HTA en una consulta de atención primaria: dos años de experiencia. *Atención Primaria*. 1987; 4(4):195-199.

Acarín, N.; Espasa, R.; Pardell, H. et al. La sanidad hoy. Apuntes críticos y una alternativa. 2ª ed. Barcelona: Avance; 1976; 147 p.

Acarín, N.; Espasa, R.; Vergés, J. et al. La salud, exigencia popular. Barcelona: Laia; 1976; 150 p.

Aguera, Blas. El gobierno y los profesionales. *Ahora*. 1986; 16(2):20-21.

Agustí Fabré E. Las urgencias en atención primaria. *Atención Primaria*. 1988; 5(7):344-345.

Aizpiri, Jerónimo. Los médicos generales y la directiva comunitaria. *OMC*. 1992; 23:8-9.

Álamo, A.; Fraile, L.; Frieyro, J.E. La formación del Médico de Familia: Necesidad y contenido del programa de residencia. En: Reunión de docentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid. Marzo, 1984.

Aleixandre R., Porcel A., Agulló A., et al. Diez años de la revista *Atención Primaria* (1984- 1993): análisis bibliométrico y temático. *Atención Primaria*, 1996. 17(3): 225- 230.

Alonso, Luis Enrique. Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En: Delgado J.M., Gutierrez J. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis; 1995; pp. 225- 240.

Álvarez, A. Historia de la SEMFYC y de la Medicina Familiar y Comunitaria. *Jano Extra*. 1999; LVII(1322):51-58.

Alvarez Nebreda, Carlos. La reforma de la sanidad y las fuerzas sociales. En: Ortega Francisco; Lamata, Fernando. *La década de la reforma sanitaria*. Madrid: Exlibris ediciones. 1998; pp. 447-453.

Anderson, Stuart. "I remember it well": oral history in the history of pharmacy. *Social History of Medicine*. 1997; 10(2):331-343.

Andrés Pizarro J de. El análisis de estudio cualitativo. *Atención Primaria*. 2000; 25(1):42-47.

Antó J.M. Estudio de la oferta de médicos en España. Estudio descriptivo y proyecciones de la oferta para el periodo. VII Jornadas de Economía de la Salud,

Fuentes y bibliografía

Planificación, Gestión y Formación de recursos humanos en el sector sanitario. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 1988.

Antón Nardiz M^a Victoria. La enfermería, entre el desafío y la crisis. En: FADSP. La Sanidad Española a debate. Madrid: FADSP; 1990: 233- 241.

Antoñanzas Lombarte A. Los consejos de salud. Atención Primaria. 1994; 14(3):649-50.

Aranda Regules JM. (ed.). Nuevas perspectivas en atención primaria de salud. Una revisión de la aplicación de los principios de Alma-Ata. Madrid: Díaz de Santos; 1994; 399 p.

Aranda Regules, J. M.; de la Revilla, L. Programa de prevención de accidentes en la infancia. En: Revilla, Luis de la. Memoria del centro de salud de Cartuja. Granada: Consejería de salud y consumo. Junta de Andalucía; 1984. p. 129- 146.

Arcas Ruiz, P.; Delgado Sánchez, M.; Gómez García, G. et al. La enfermería, pieza clave en la atención primaria. I Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Profesionales para la salud, nuevos roles. Granada, Noviembre de 1986. Granada: EASP; 1987. p. 53-58.

Argimón Payas, J. M. Programación y protocolización en atención primaria. Atención Primaria. 1988; 5(4):183-184.

Artigas, J.; Martí, J.; Pardell, H. ¿Qué pasa con la sanidad? Barcelona: Península; 1979; 95 p.

De la asistencia médica ambulatoria a la Atención Primaria de salud: un difícil camino. [Editorial]. Atención Primaria. 1984; 1(3):107-8.

Atención Primaria de Salud y programas comunitarios [Editorial]. Atención Primaria. 1984; 1(5):219.

Balfour, S. España desde 1931 hasta hoy. En: Carr, R. (ed.) Historia de España. Barcelona: Península; 2004; pp. 301-353.

Barceló Aparicio, M.L.; Martínez Reche, E.; Sánchez Moreno, A. et al. Los Consejos de Salud: balance de un año de funcionamiento. Atención Primaria. 1992. 9(2): 73-78.

Bauleo, Armando; Buzzaqui, Adrian; González M^aJosé et al. Aspectos de la formación de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. En: Reunión de docentes, Madrid, 1984a).

Berguer, A. (dir.). Medicina de Familia y Comunitaria y Medicina General. Serie monográfica de especialidades médicas. Madrid: Consejo General de Médicos de España.; 1990; 126 p.

Bernabeu Mestre, J. La utopía reformadora de la Segunda República: la labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad, 1931-33. Revista Española de Salud Pública. 2000; 741-13.

Bevan, Michael. Family and vocation. Career choice and the life histories of general practitioners. In: Bornat, J. et al., eds. Oral history, health and welfare. London, Routledge; 2000; pp. 21-47.

Bischel, M. Family Medicine. *New England Journal of Medicine*. 1975; 293(15): 781.

Blanco Prieto, Pilar; Rodero García, Fernando; Carro Ramos, José María. et al. Experiencia sanitaria de Montánchez. *Jano*. 1979; 33-46.

Bock, Gisela. La Historia de las mujeres y la historia de género: aspectos de un debate internacional. *Historia Social*. 1991; n° 9: 955-77.

Bonal Pitz, P. Experiencia de pregrado en MFYC en Sevilla. V Jornadas de docentes de Medicina de Familia y comunitaria. Formación pregrado: situación actual del pregrado en Medicina de familia y comunitaria en España. *Atención Primaria*. 1995; 16(suplemento1):34-5.

Bonn , Dorothy. Julian Tudor Hart: bringing better health to South Wales. *The Lancet*, 1999; n° 9181: 842.

Borderías, Cristina. Subjetividad y cambio social en las historias de vida de mujeres: notas sobre el método biográfico. *Arenal*. 1997; 4(2):177-195.

Borrell Carrió, F. La reforma de la atención primaria: entre la decepción y la esperanza. *Atención Primaria*. 1988; 5(3):119-121.

Borrell Carrió, F.; Sanz de los Mozos, J. Atención primaria de salud: un modelo en transición. *Jano*. 1991; 40(947):1863-1865.

Borrell Carrió F. La relación asistencial en Atención Primaria de Salud: algunas claves para su análisis estratégico. En: Aranda Regules JM. (ed.). *Nuevas perspectivas en Atención Primaria de Salud. Una revisión de la aplicación de los principios de Alma-Ata.*: Díaz de Santos; 1994; pp. 75- 98.

Borrell Carrió, F. La reforma de la atención primaria en España. Perspectiva de una década desde la Medicina de Familia. *Atención Primaria*. 1994; 13(6):277-8.

Borrell Carrió, F. La Reforma de la atención primaria supuso un gran paso adelante en la dirección correcta. *Cuadernos de Gestión*. 1996; 2(4):225-231.

Bosanquet, Nick and Salisbury, Chris. The practice. En: Loudon, Irvine; Horder, John and Webster, Charles (edit.) *General Practice under the National Health Service 1948- 1997*. London: Clarendon Press; 1998; pp. 45- 64.

Bosch, Xavier; Subiros, Pep. Medicina y poder. Entrevista con Vicente Navarro. *Transición*. 1979; 7(4):15-20.

Botejara Sanz, A.; Cordero Torres, R. Participación Comunitaria. En: *La Sanidad Española a debate*. FADSP; 1990; pp. 279-287.

Bourdelaís, P. Les logiques du développement de l'hygiène publique. In: Bourdelaís, P. dir. *Les Hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques*. Paris, Belin: 2001; pp. 5-26.

Bourdieu, Pierre. La ilusión biográfica. *Historia y Fuente Oral*. 1989; n° 2: 227-33.

Brante, T. Professional types as a strategy of analysis. In: Burrage, M.; Torstendahl, R. eds. *Professions in theory and history. Rethinking the study of the professions*. London, Sage publications; 1990; pp. 75- 93.

Fuentes y bibliografía

Bravo, F.; De Miguel, J. M.; Polo, R. et al. Sociología de los ambulatorios. Análisis de la asistencia sanitaria primaria en la Seguridad Social. Barcelona: Ariel; 1979; 196 p.

Brown Theodore M., and Fee Elizabeth . Sidney Kark and John Cassel : Social Medicine Pioneers and South African Emigrés. American Journal of Public Health. 2002, 92 (11): 1744- 1745.

Brugos Larrumbe, A.; Fernández Martínez de Alegría, C.; Solas Gasparo et al. Actitudes de los médicos de Atención Primaria hacia la puesta en marcha de los Centros de Salud. En 3º Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada, Noviembre 1998. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1988; pp. 31-32.

Buitrago Ramírez, F.; Pozuelos Estrada, G. Visitas domiciliarias durante 1987 en un centro de salud urbano. Atención Primaria. 1988; 5(7):371-377.

Buitrago Ramírez, F.; Pozuelos Estrada, G.; Nieto Hernández T. et al. Citodiagnóstico mediante punción- aspirado con aguja fina (PAAF) en atención primaria. Atención Primaria. 1988; 5(4):222-226.

Buitrago Ramirez, J.L.; Marroyo Salgado, J.; Botejara Sanz, A. Participación de la comunidad. En INSALUD (ed): Organización del Equipo de Atención Primaria. Madrid: Insalud; 1990.

Bullón Fernández, B. Centro de Salud Pino Montano (Sevilla). Boletín de la SAMFYC. 1989; año 2 (nº3).

Burgos Pérez, Ignacio; Rodríguez Sendín, Juan José. Medicina General. En: Berguer A. (dir.). Medicina de Familia y Comunitaria y Medicina General. Serie monográfica de especialidades médicas. Madrid: Consejo General de Médicos de España.; 1990; 126 p.

Burnum, J. F. Primary Care within the academic tradition. JAMA. 1975; 233(9):974-975.

Buttler, A. Medicine and Changing Times. New England Journal of Medicine. 1966; 274(20):1119-1120.

Canfield, P. R. Family Medicine: an historical perspective. Journal of Medical Education. 1976; 51(11):904-911.

Carrillo Ridao, E. Los médicos de familia en Cataluña: parados, emigrantes y tránsfugas. (Carta al Director). Atención Primaria. 1988; 5(8):451-452.

Carro Ramos, José M^a. Reforma de la atención primaria de salud en España. Atención Primaria. 1985; 2(1):3-6.

Carro Ramos, José M^a. Guías de Atención Primaria. Diagnósticos de salud y planes de salud de zona. En: Ortega, Francisco; Lamata, Fernando, eds. La década de la reforma sanitaria. Madrid: Ex libris ediciones; 1998; 239- 245.

Cartaña Benet, A.; Liberal Planas, A. I.; Bladé Creixenti, J. et al. Encuesta sobre actitudes dels metges d'assistència primaria respecte la reforma sanitaria. In: La Reforma de L' Atenció Primària a Catalunya. IV Congrés de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria. Tortosa; 1988; pp. 59-65.

Castejón Bolea, R. Moral sexual y enfermedad. La medicina española frente al contagio venéreo. Granada: Universidad; 2001.

Castell, Esperanza; Batista, Joan Manel. Valoració donada per metges, administradors i usuaris a les diferents components de la qualitat de l'atenció. Gaceta Sanitaria. 1988; 2(4):13-21.

Castell Rodríguez, E.; García Sevilla, L. Las dimensiones básicas de la práctica profesional del médico de atención primaria. Atención Primaria. 1988; 5(1):12-16.

Castillo Rey, M. Del; Huguet, J.; Bravo Ribo, J. M.; Cortada Villuendes, L. Sobreutilización de los servicios de urgencias hospitalarias. ¿Un parámetro de evaluación de calidad de la asistencia primaria? Atención Primaria. 1987; 4(3):122-128.

Cincotta, J. Family- Practice Manifesto. New England Journal of Medicine. 1975; 781-782.

Cobo Bedia, Rosa. Género y teoría social. Revista Internacional de Sociología. 2000; 5- 20.

Colectivo de médicos residentes de MFYC. Reconversión de los ambulatorios y consultorios en centros de salud. Noticias Médicas. 29/11/1981.

Collins, R. Changing conceptions in the sociology of the professions. In: Torstendahl, R., Burrage, M. eds. The formation of professions. Knowledge, State and Strategy: London: SAGE; 1990; pp. 11-23.

Comelles, J.P. La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria. Revisiones en Salud Pública. 1993; 3: 169-192.

Comisión Provincial del Plan de Salud. Plan Piloto de Berriz. Estudio preliminar para la formulación de un plan de salud en Vizcaya. 1976- 1977. Colegio Oficial de Médicos de Vizcaya. 90 p.

Comunicado del Secretario de Estado para la Sanidad. 25/11/1981.

Conclusiones de las I Jornadas de Medicina Familiar y Comunitaria, 1980. En: I Jornadas de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid, 29/3/1980.

Conde Rodelgo, Victor. Incardinación de la asistencia sanitaria en la salud pública. Revista de Sanidad e Higiene Pública. 1978; 52(1-2):113-119.

Consejería de Salud y Consumo. IV Jornadas de Economía de la salud. Aspectos económicos de la reforma sanitaria. Sevilla, 17, 18, 19 de Mayo de 1984. Sevilla: Junta de Andalucía; 1985; 496 p.

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España. La verdad sobre la declaración de Alma-Ata: Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 1984; 74 p.

Costas Lombardía, Enrique. El Informe Abril. En: Ortega, Francisco; Lamata, Fernando. La década de la reforma sanitaria. Madrid: Ex libris ediciones; 1998; pp. 53- 64.

Crónica del Plan de Salud para Vizcaya. [Editorial]. Circular Informativa del Colegio Médico de Vizcaya. 1978.

Fuentes y bibliografía

Cueto Marcos. The origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health*. 2004; 94(11):1864-1874.

Cueto, Marcos. The promise of primary health care. *Bulletin WHO*. 2005; 83(5): 321-400.

Chambers, R.; Campbell, I. Gender differences in general practitioners at work. *British Journal of General Practice*. 1996; 46: 291-293.

Chave, S. The Evolution of Community Medicine. *The Society for the Social History of Medicine Bulletin*. 1975; (16):14-5.

Dalfo, A.; Botey, A.; Buil, P.; et al. Estudio del seguimiento y control del paciente hipertenso en la asistencia primaria y hospitalaria. *Atención Primaria*. 1987; 4(5):233-238.

Delgado, J.M., Gutiérrez, J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis; 1995; 669 p.

Delgado Sánchez, Ana, moderadora. Salud y género. *Atención Primaria*. 2000; 26, suplemento: 1185-1197.

Delgado Sánchez, Ana; de la Revilla, Luis. Diagnóstico de la situación de salud: concepto y método. En: Revilla, L. de la. Memoria del Centro de salud de Cartuja. Granada: Consejería de salud y consumo. Junta de Andalucía; 1984.

Delgado Sánchez, Ana; Távora Rivero, Ana; Ortiz Gómez, Teresa. Las médicas, sus prácticas y el dilema con la feminidad. *Estudios de Sociolingüística*. 2003; 4(2): 589-611.

Diario de sesiones del Congreso de los Diputados, nº528. 20/6/1995.

Díaz Sánchez, Pilar. El trabajo de las mujeres en el textil madrileño. Racionalización industrial y experiencias de género (1959- 1986). Málaga: Universidad de Málaga; 2001; 355 p.

Díaz, Elías. La transición a la democracia (Claves ideológicas, 1976- 1986). Madrid: Eudema; 1987; 222 p.

Digby, Anne. The evolution of British General Practice 1850- 1948. New York: Oxford University Press; 1999; 376 p.

Drane, James F. Spanish Medicine: Trying to Heal Itself. *JAMA*. 1988; 260(9):1219-1220.

Drury, Michael. The General Practitioner and professional organizations. En: Loudon, Irvine; Horder, John and Webster, Charles (edit.) *General Practice under the National Health Service 1948- 1997*. London: Clarendon Press; 1998; pp. 205- 223.

Durán, M^a Ángeles. Liberación y utopía: la mujer ante la ciencia. En: *Liberación y utopía*. Madrid: Akal; 1982; pp. 7-32.

Durán, Marta. El cambio en la Enfermería. En: Ortega, Francisco; Lamata, Fernando. *La década de la reforma sanitaria*. Madrid: Ex libris ediciones; 1998; pp. 217- 238.

Elola Somoza, F.J. Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España (1983- 1990). Madrid: FISS; 1991.

Elola Somoza, J. Política Sanitaria Española. Madrid: Díaz de Santos; 2001; 186 p.

Engel, J. L.; Otero Pume, A. Análisis de la demanda de plazas de medicina general en los equipos de atención primaria y del sistema de selección. Atención Primaria. 1986; 3(4):175-180.

FADSP. La Sanidad Española a debate. Madrid: FADSP; 1990; 319 p.

FADSP. Situación actual y futuro de la Atención Primaria de Salud. Madrid: FADSP; 1993; 306 p.

Feinsilver, J. M. Healing the Masses. Cuban health politics at home and abroad. Berkeley: University of California Press; 1993; 307 p.

Fernández de Sanmamed Santos, M. J. Adecuación de las normas de publicación en revistas científicas a las investigaciones cualitativas. Atención Primaria. 2000; 25(7):502-504.

Fernández Miranda y Lozana, E. ¿Especializar generalistas? Jano n°1125. 19/5/1995 : 642.

Foz, Goncal. El médico de cabecera y el centro de salud en los últimos quince años. Quaderm CAPS. 1995; n°22: 54-60.

Foz i Gil, Goncal; Ferrán Mercadé, Manuel. Historia de las sociedades autonómicas de medicina familiar y comunitaria. En: Gómez Gascón, Tomás; Ceitlin, Julio, eds. Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo. Madrid: SEMFYC-CIMF; 1997; pp. 399-406.

Fraile de Abajo L., Abreu Galán MA. Muñoz García JC. et al. El médico de familia y el hospital. Análisis del proceso de interconsulta desde una unidad docente de medicina familiar y comunitaria. Med. Clin (Barc). 1986; 86:405-9.

Fraser, Ronald. La formación de un entrevistador. Historia y Fuente Oral. 1990; n°3: 151-164.

Freidson, E. La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona: Ediciones Península; 1970; 373 p.

Frieyro Seguí, Enrique. La formación médica posgraduada. Tiempos Médicos. 1980; 2:57-58.

Fuentes i Pujol, Mercé. L'Assistència Primària en el medi rural. La creació d'àrees bàsiques de salut. En: La Reforma de l' Atenció Primària a Catalunya. IV Congrés de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Tortosa; 1988; pp. 13-14.

Fuente de la Hoz de la , L.; Martínez de la Concha, P.; Lardeli Claret et al. La preferencia en la elección de las especialidades médicas en el periodo 1982-7. Gaceta Sanitaria. 1988; 9:276-280.

Fuentes i Pujol, Mercé. Salud reproductiva y salud integral de las mujeres. Reflexiones desde la práctica en Asistencia Primaria. En: Miqueo, Consuelo; Tomás,

Fuentes y bibliografía

Concepción; Tejero, Cruz et al. (eds). *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva ediciones; 2001; pp. 223- 235.

Funciones de salud comunitaria del equipo de Atención Primaria. Editorial. Atención Primaria. 1986; 3(6):293-294.

Fundación FOESSA. *Informe sociológico sobre el cambio social en España 1975/1983*. Madrid: Euramérica; 1983; 979 p.

Fusi, Juan Pablo; Vilar, Sergio; Preston, Paul. *De la dictadura a la democracia. Desarrollismo, crisis y transición (1959-1977)*. Madrid: Grupo 16; 1983; 129 pp.

Gálvez Ibáñez, Manuel. *Medicina de familia. Compendio legislativo internacional y nacional*. Granada: SAMFYC; 2002.

Gálvez, M.; de la Revilla, L. *Análisis de una encuesta de opinión sobre el centro de salud de Cartuja (Granada) recogida a la población atendida*. Atención Primaria. 1985; 2(2):68-72.

García Encabo, Manuel J.; Alonso Durán, Belén. *Diez años de atención primaria*. En: FADSP. *Situación actual y futuro de la atención primaria de salud*. Madrid, 1993. 243- 257.

Gené, J. *Diez años de trabajo en equipo*. Atención Primaria. 1994; 14(1):529-531.

Gené Badía, J. *Hacia un nuevo marco teórico*. Cuadernos de Gestión. 1996; 3: 115-117.

Gervás, Juan. *La reforma de la atención primaria en España: una propuesta pragmática*. Gaceta Sanitaria. 1989a); 13(3):476-481.

Gervás, Juan. *Recuperar las vocaciones perdidas*. Foro Mundial de la Salud. 1989b); 10: 479-481.

Gervás, J. *Análisis crítico y personal de la reforma socialista de la atención primaria en España*. Cuadernos de Gestión. 1996a); 2:173-176.

Gervás, J. *La reforma psocialista de la atención primaria: una oportunidad perdida*. Cuadernos de Gestión. 1996b); 2:232-233.

Gervás, J. *La reforma y el neoliberalismo*. Atención Primaria. 1997; 19(9):493.

Gervás, J.; Ortún, V. *Caracterización del trabajo asistencial del médico general /de familia*. Atención Primaria. 1995; 16(8):63-68.

Gervás, J.; Pérez Fernández, M. M. *La implantación de los centros de salud. Estimación del impacto sobre la demanda en el sistema sanitario público en el Valle del Nalón (Asturias)*. Gaceta Sanitaria. 1984; III(18):229-233.

Gervás, J., Pérez Fernández, M. *Propuestas para mejorar el modelo español de atención primaria*. Cuadernos de Gestión. 1996; 2(3):131-9.

Gervás, J.; Pérez Fernández, M. *Reforma de la Atención primaria*. ROL. (13): 813-817.

Gibson, R. The fall and rise of general practice. *British Medical Journal*. 1988; 297:44-46.

Gobierno Vasco. Unidad docente de Deusto. Un análisis de demanda en atención primaria. Vitoria- Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco; 1985.

Gofin, J.; Foz, G. La orientación comunitaria de la atención primaria: un legado del Prof- S.L. Kark (1911- 1998). *Atención Primaria*. 1999; 23(2):97-99.

Gol, J.; Jaen, J.; Marcos, J. A. et al. El médico de cabecera en un nuevo sistema sanitario. Barcelona: Laia/Fontanella ; 1980; 169 p.

Gómez Gascón, Tomás. ¿Nos invaden los médicos generales europeos? *Atención Primaria*. 1992; 9(8):409-410.

Gómez Gascón, Tomás. Los cambios en el MIR en relación con la medicina de familia y comunitaria en los próximos años. *Atención Primaria*. 1994; 13(4):159-160.

Gómez Gascón, Tomás. Desarrollo de la Medicina de familia en España. En: Gómez Gascón, T.; Ceitlin, Julio, eds. *Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo*. Madrid: SEMFYC-CIMF; 1997; pp. 335-352.

Gómez Gascón, Tomás. La normalización de la Medicina de Familia en España. *Centro de Salud*. 1997; 5(11): 683-685.

Gómez Gascón, Tomás. La formación de los médicos de familia en España, 1979- 1999. En: *Veinte años de Medicina de Familia en España*. *Jano Extra*. 1999; LVII (1322):17-20.

Gómez Gascón, Tomás; Ceitlin, Julio, eds. *Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo*. Madrid: SEMFYC-CIMF; 1997; 423 p.

González Rodríguez, B. *Medicina y poder*. *Jano*. 1985; nº 652: 71-79.

Gonzalez, Benjamín. Contribuciones de la sociología a la medicina (y II). De la sociología de la medicina a la sociología de la salud. *Jano*. 1985 Mar; nº646: 73-9.

González, Paulino. Médicos hospitalarios y no hospitalarios, sus opiniones sobre la Reforma. *Revista de la Seguridad Social*. 1979; 3: 147-215.

Gracia Guillén, Diego. En: Segovia de Arana, J.M^a. *Medicina, sanidad y salud*. Instituto de España. Real Academia nacional de medicina. Madrid, 1998. pp. 85- 94.

Grinney J.T. De. Internists and family practice. *New England Journal of Medicine*. 1975; 293(24):1268-1270.

Hannay, David. Undergraduate medical education and General Practice. En: Loudon, Irvine; Horder, John and Webster, Charles (edit.) *General Practice under the National Health Service 1948- 1997*. London: Clarendon Press; 1998. pp. 165- 181.

Hasler, J. History of vocational training for general practice: the 1970s and 1980s. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1989; 39: 338-341.

Hernández Yañez, J. F. La enfermería española, una visión proyectiva. I Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Noviembre de 1986. Granada. Granada: EASP, 1987; pp.87-91.

Fuentes y bibliografía

Hernando Avendaño, Luis. Formación de especialistas médicos. En: FADSP. La Sanidad Española a debate. Madrid: FADSP; 1990: 221- 232.

Horder, John. Development in other countries. En: Loudon, Irvine; Horder, John and Webster, Charles (edit.) General Practice under the National Health Service 1948- 1997. London: Clarendon Press; 1998. pp. 247- 277.

Howie, John. Research in General Practice: perspectives and themes. En: Loudon, Irvine; Horder, John and Webster, Charles (edit.) General Practice under the National Health Service 1948- 1997. London: Clarendon Press; 1998. pp: 146- 164.

Huertas García- Alejo, Rafael. Organización sanitaria y crisis social en España. La discusión sobre el modelo de servicios sanitarios públicos en el primer tercio del siglo XX. Madrid: Fundación de Investigaciones Marxistas; 1994.

Huertas García- Alejo, R. Política sanitaria: de la dictadura de Primo de Rivera a la II República. Revista Española de Salud Pública. 2000; 74[monográfico]: 35-53.

Ibarrola, Benjamín. La integración del médico general en las Unidades Docentes. Experiencia personal. Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria Clínica Puerta de Hierro. En: Reunión de docentes, 1984a).

Imbert, Gerard. Los discursos del cambio. Imágenes e imaginarios sociales en la España de la Transición (1976-1982). Madrid: AKAL; 1990; 204 p.

Infante, A. (coor.). Cambio social y crisis sanitaria (Bases para una alternativa). Madrid: Ayuso; 1975.

Información sobre el Plan de Salud. Circular Informativa Del Colegio De Médicos De Vizcaya. 1977.

Informe de los MIR a la OMS. Medicina de Familia y Comunitaria. Tribuna Médica nº904. 26/1/1981: 29-33.

Informe del Consejo General de médicos respecto al anteproyecto de ley sobre unidades piloto de Medicina Familiar y Comunitaria. 13/7/1982.

Informe Abril. Jano, 1991; XLI, (963): 45-69.

Informe de la Comisión Abril Martorell (y II). Jano 1991; XLI, (966): 24.

Inquietud y preocupación entre los MIR. Profesión Médica, 2/11/1978, p.8.

INSALUD. Memoria del Insalud 1987.

INSALUD. Memoria del Insalud 1988.

INSALUD. Memoria del Insalud 1989.

INSALUD. Memoria del Insalud 1990.

Instituto Nacional de la Salud. La Medicina Familiar y Comunitaria. Hacia un nuevo concepto de la asistencia sanitaria. 1ª ed. Madrid; 1980; 214 p. (Libro Verde).

Instituto Nacional de la Salud. La Medicina Familiar y Comunitaria. Hacia un nuevo concepto de la asistencia sanitaria. 2ª ed. Madrid; 1980; 169 p. (Libro Azul).

Irigoyen, Juan. La Participación Comunitaria en salud: una reformulación necesaria. En: Aranda Regules; J. M. (ed.). Nuevas perspectivas en Atención

Primaria de Salud. Una revisión de los principios de Alma-Ata. Madrid: Díaz de Santos; 1994; pp. 183-221.

Irigoyen, Juan. La crisis del sistema sanitario en España: una interpretación sociológica.: Universidad de Granada; 1996; 294 p.

Jefferys, Margot. General Practitioners and the other caring professions. Loudon, Irvine; Horder, John and Webster, Charles (edit.) General Practice under the National Health Service 1948- 1997. London: Clarendon Press; 1998;128- 145.

Jefferys, Margot. Recollections of the pioneers of the geriatric medicine specialty. In: Bornat, Joanna; Perks, Robert; Thompson, Paul; Walmsley, Jan, eds. Oral history, health and welfare. London, Routledge; 2000; pp. 75-97.

Jiménez Lucena, Isabel. El Estado como aliado. Los médicos y el proceso de estatalización de los servicios sanitarios en la Segunda República española. *Asclepio*. 1997; 49(1): 193-216.

Jiménez Lucena, Isabel. De intereses y derechos: elementos del debate en torno a la asistencia sanitaria durante la segunda república. En: Perdiguero, Enrique y Castejón, Ramón eds. "La acción social de la medicina y la construcción del sistema sanitario en la España contemporánea". *Trabajo Social y Salud*, 2002;pp. 67- 90

Jiménez Rubio, D.; Casanovas Rigall, X.; Maiques Galán, A. et al.. Utilización de los servicios de urgencias hospitalarios por la población de un centro de atención primaria. *Atención Primaria*. 1988; 5(6):314-317.

Jiménez Villa, J.; Carré Llopis, M. C. ; Argimón Pallas, J. M. Tipos de estudio publicados en la revista *Atención Primaria* (1984-1990). *Atención Primaria*. 1993; 12(1):23-30.

Jiménez, M^a. ; Ruiz, E. ; Ortiz, A. et al. La profesión de enfermera ¿recurso de la comunidad? I Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada. Noviembre de 1986. Granada: EASP, 1987; pp. 59-64.

Jones, L. Medicina general y medicina comunitaria en Gran Bretaña. *Salud* 2000. 1988; (14):15-18.

Jordanova, Ludmila. The social sciences and the history of science and medicine. In: Corsi, P.; Weindling, P. eds. *Information sources in the history of science and medicine*. London: Butterworths Scientific; pp. 81-96.

Jornadas de Madrid de Medicina Familiar y Comunitaria. 1980.

I Jornadas técnicas nacionales de Medicina Familiar y Comunitaria, Gijón. 1981.

Juncosa Font, S. Sobre los estudios comparativos entre las dos redes de Atención Primaria. *Atención Primaria*. 1993; 12(6):314-316.

Junta de Andalucía. Consejería de salud. Formación continuada de Enfermería en los Centros de Salud. Sevilla. [Manuales de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, 7]; 1987.

Fuentes y bibliografía

Junta de Andalucía. Planificación, Gestión y formación de recursos humanos en el sector sanitario. VII Jornadas de Economía de la Salud. Sevilla: Consejería de Salud; 1988; 458 p.

Jurado Salván, E. Crónica de la transición sanitaria en España (1977-1992): del discreto encanto de la reforma prometida al Informe Abril. Madrid: ed. del autor (Graf. IGAR); 1993; 195 p.

Kaprio, Leo A. Primary Health Care in Europe. Copenhagen: WHO. [Euro Reports and Studies, No. 14]; 1979; 40 p.

Keith, J. Sounding Board. Family Practice: Quality and Credibility. New England Journal of Medicine. 1977; 297(18):1007-1008.

King, L. Medical practice: specialization. JAMA. 1984; 251(10):1333-1338.

Kleczkowski, B.M.; Elling, R. H.; Smith, D. L. El sistema sanitario al servicio de la atención primaria de salud. Estudio basado en las Discusiones Técnicas celebradas durante la 34ª Asamblea Mundial de la Salud, 1981. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1981; 126 p.

Kragh, Helge. Introducción a la Historia de la ciencia. Barcelona: Crítica; 1989.

Labisch, A. Gemeinschaftliche Gesundheitssicherung- Primary Health Care-. Die neue gesundheitspolitische Konzeption der Weltgesundheitsorganisation und ihre Bedeutung für Industriestaaten. Zeitschrift Für Sozial-Reform. 1988; 28:643-668.

Lacarta Vicioso, P.; Arto Serrano, A.; Sediles Cabello, A. et al. Un rol propio en Atención Primaria. Experiencia práctica en un Centro de Salud. ROL. 1990; (142):19-24.

Lafuente, A.; Saldaña, J. L. eds. Nuevas tendencias en Historia de las Ciencias. Madrid. CSIC; 1987.

Laín Entralgo, P. Antropología médica. Barcelona: Salvat; 1984.

Lalonde, M. A new perspective of the health of Canadians: a working document. Ottawa: Department of National Health and Welfare; 1977.

Larizgoitia, I.; Starfield, B. Reform of primary health care: the case of Spain. Health Policy. 1997; 41:121-137.

Lelis, F. P. de; Almela Quilis, A.; Casanova Matutano, M. A. et al. Una propuesta para el desarrollo del programa de medicina familiar y comunitaria. Atención Primaria. 1989; 6(7):470-476.

Lesky, E. (coord.). Medicina Social. Estudios y testimonios históricos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1984; 300 p.

Lewis, J.; Brookes, B. The Peckham Health Centre, "PEP", and the concept of general practice during the 1930s and 1940s. Medical History. 1983; 27:151-161.

Lewy, R.M. The emergence of the family practitioner: an historical analysis of a new specialty. Journal of Medical Education. 1977; 52: 873-881.

Leydesdorff, Selma. Gender and the categories of experienced history. Gender & History . 1999; 11(3):597-611.

"Libro Azul" Instituto Nacional de la Salud. La Medicina Familiar y Comunitaria. Hacia un nuevo concepto de la asistencia sanitaria. 2ª ed. Madrid; 1980; p. 169.

"Libro Verde". Instituto Nacional de la Salud. La Medicina Familiar y Comunitaria. Hacia un nuevo concepto de la asistencia sanitaria. 1ª ed. Madrid; 1980; p. 214.

Litsios, Socrates. The long and difficult road to Alma-Ata: a personal reflection. *International Journal of Health Services*. 2002; 32(4):709-732.

López Alba, M. A.; Delgado Rodríguez, M.; Cueto Espinar, A.; Gálvez Vargas, R. Costes sanitarios inmediatos en el primer escalón sanitario. *Atención Primaria*. 1988; 5(9):476-480.

López Alba Mª A.; Martínez de la Concha, P.; Bueno Cavanillas, A.; Rodríguez Contreras Pelayo R. Prescripción farmacéutica en la Atención Primaria de Salud. *Gaceta Sanitaria*. 1988; 7(2):190-193.

López Alba, M. A.; Usieto Atondo, R.; Rodríguez Contreras Pelayo, R. et al. Valoración de la calidad en el primer escalón sanitario. *Atención Primaria*. 1989; 6(1):7-12.

López Fernández, L.A. Las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria. *Boletín de la SAMFYC*. 1988; año I (nº2).

López Iglesias, J. Entrevista a Asunción Prieto Orzanco. *Jano Extra*. 1999a); LVII (nº1322):33-34.

López Iglesias, J. Entrevista al Profesor Segovia de Arana. *Jano Extra*. 1999b); LVII (1322):23-24.

López Piñero, J. M. Historia de la ciencia e historia. *Boletín informativo de la Fundación March*. 1975; (38): 145-157.

López Serrato, Manuel; Gutiérrez Arana, Mª. Carmen; De Manuel Keenoy, Esteban; Cabrera Rodríguez, José M. Capacitación y actualización del personal de atención primaria en la Reforma Sanitaria Andaluza. *Primeras Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Profesiones para la salud. Nuevos roles*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1987; pp. 163-171.

Lou Arnal, S. *Diagnóstico de salud de la comunidad*. Zaragoza; 1987.

Loudon, I. The concept of the family doctor. *Bulletin of the History of Medicine*. 1984; 58: 347-362.

Loudon, Irvine; Horder, John; Webster, Charles, eds. *General Practice under the National Health Service 1948-1997*. London: Clarendon Press; 1998; 329 p.

Lozano, J. *El discurso histórico*. Madrid: Alianza Universidad; 1987; 223 p.

Llach Vidal, J.; Carrasco Rodríguez, R.; y Puche Gutierrez, F. Estudio de las actividades del sector asistencial. En: De la Revilla, Luis. *Memoria del centro de salud de Cartuja*. Granada: Consejería de salud y consumo. Junta de Andalucía; 1984: 60- 72.

Llobera Cánaves, Joan. La derivación de pacientes de la atención primaria a la especializada. *Gaceta Sanitaria*. 1988; 9(2):271-275.

Fuentes y bibliografía

Lluch, Ernest. La "operación primavera" contra la Ley General de Sanidad. En: Ortega Francisco y Lamata Fernando. La década de la reforma sanitaria. Madrid: Ex libris ediciones; 1998; pp. 29- 34.

Maestro, Ángeles; Huertas, Rafael. La salud y el Estado. Los servicios sanitarios públicos entre el bienestar y la crisis. Madrid: Fundación de Investigaciones Marxistas; 1992; 114 p.

Magraw, Richard M. Trends in medical education and health services. Their implications for a career in family medicine. New England Journal of Medicine. 1971; 285(25): 1407-1413.

Mansilla, Pedro. Reforma sanitaria: fundamentos para un análisis. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1986a; 215 p.

Mansilla izquierdo, Pedro (coord.) La Sanidad española 1982- 1986. Crónica del cambio 1ª etapa. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1986b).

Manzanera I López, R.; Alonso i Mayo, E.; Picas i Vidal Varela, I.; Pedragosa, J. Estudios observacionales de la demanda de urgencias extrahospitalarias. Atención Primaria,. 1986; 3(5):276-280.

Marinker, Marshall. "What is wrong" and "how we know it": changing concepts of illness in General Practice. En: Loudon, Irvine; Horder, John and Webster, Charles (edit.) General Practice under the National Health Service 1948- 1997. London: Clarendon Press; 1998; pp. 65- 91.

Marks, Shula. South Africa's early experiment in social medicine: its pioneers and politics. American Journal of Public Health. 1997; 87(3):452-459.

Marset, Pedro. Contenido teórico de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Atención Primaria. 1984; 1(4):168-170.

Marset Campos, Pedro. La política sanitaria y los profesionales. FADSP. La sanidad española a debate. Madrid: FADSP; 1990; pp. 242-258.

Marset Campos, P.; Sáez Gómez, J.M.; Sánchez Moreno, A. et al. Perspectiva de la atención primaria española a partir del análisis bibliométrico de su producción científica (1971- 1994). Atención Primaria, 1997. 19(8): 389- 394.

Martín López, E. Los médicos españoles y su ideología profesional. Revista de la Seguridad Social. 1979; 2167-220

Martín Martín, José; De Manuel Keenoy, Esteban; Carmona López, Guadalupe et al. Los cambios necesarios para continuar la Reforma Sanitaria. I.- El cambio externo. Gaceta Sanitaria. 1990; 4:157-161.

Martín Zurro, A. La formación especializada en España. Atención Primaria. 1987; 4(9):449-450.

Martín Zurro, Amando. Formación en Atención Primaria de Salud. Revista Clínica Española. 1992; 191(6):325-331.

Martín Zurro, A. Sobre la reforma de la Atención Primaria en España: entre la autocrítica y las propuestas neoliberales. Atención Primaria. 1997; 19(3):105-107.

Martín Zurro, A. Las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria (1979- 1999). *Jano Extra*. 1999; LVII(nº1322):67-70.

Martín Zurro, A.; Cano Pérez, J. F. Manual de atención primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta. 1ª ed. Barcelona: Doyma; 1986; 347 p.

Martín Zurro, A.; Cano Pérez J. F. Manual de atención primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta. 2ª ed. Barcelona: Doyma; 1989; 709 p.

Martín Zurro, A.; Cano Pérez, J. F. Manual de atención primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta. 3ª ed. Barcelona: Doyma; 1994; 1.157 p.

Martínez Navarro J.F. La atención primaria. *Revista De Sanidad e Higiene Pública*. 1982; 56(9- 10):907-921.

Martínez Navarro, J. F. De la información a la acción: la vigilancia de la salud pública. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. 2000; 74:81-85.

Mayolas i Ferrer, Enric. El hospital comarcal, la atención primaria y la globalidad de la asistencia. *Atención Primaria*. 1988; 5(10):522-3.

McWhinney, I. R. Family medicine in perspective. *New England Journal of Medicine*. 1975; 293:176-181.

Una Medicina en cambio. [Editorial]. Plan de Salud. Circular Informativa del Colegio Médico de Vizcaya. 1977.

La Medicina Primaria en el marco de las autonomías. La autonomía catalana y la asistencia primaria. Ponencia presentada en las I Jornadas de Medicina Familiar y Comunitaria, Madrid, 1980.

Medina Doménech, R. Estrategias profesionalizadoras en el origen de una especialidad médica. El caso de la radioterapia española (1895-1936). Granada; Tesis doctoral de la Universidad de Granada; 1993.

Medina Doménech, Rosa. ¿Curar el cáncer? Los orígenes de la radioterapia española en el primer tercio del siglo XX. Granada: Universidad de Granada; 1996; 301 p.

Medina Doménech, R. Scientific rhetoric in the consolidation of a therapeutic monopoly. *Medical discourses of Spanish radiotherapists, 1895-1936. Social History of Medicine*. 1997; 10(2):221-242.

Medina Peralta, M. La normalización de la Medicina general/de familia en España. *Atención Primaria*. 1994; 14(9):1043-1044.

Medina, M.; Turabian, J. L. La formación del especialista en Medicina familiar y Comunitaria. *Tiempos de cambios, sí, pero...* *Atención Primaria*. 1993; 11(9):449-450.

Melguizo, M.; Prados, M. A. La especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria ante la homologación con la Comunidad Europea. *Atención Primaria*. 1993; 11(4):163-134.

Menéndez, Alfredo. Cuarentenas, microbios y desarrollo: la naturaleza histórica del concepto y las prácticas de la salud internacional. XIII Congreso de la Sociedad

Fuentes y bibliografía

Española de Historia de la Medicina. La condición histórica de la medicina. Madrid; 2005 Sep 15 [en prensa].

Miguel J. M. de. La reforma sanitaria en España. Cambio16 editorial. 1976; p. 262.

Millán Márquez, P.; De la Fuente Serrano, F.; Vázquez Ferri, M J. et al. Ordenación de la atención primaria en Andalucía. Valoración de su incidencia en los médicos generales. VII Jornadas de Economía de la Salud. Planificación, Gestión y formación de recursos humanos en el sector sanitario. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.; 1988; pp. 143-159.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Normativa general para el tercer año de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid; 1981.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de funcionamiento del Equipo de Atención Primaria. 2ª ed. Madrid; 1985a); 95 p.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Sesiones de trabajo sobre el plan de Humanización, Madrid, 26 y 27 de junio de 1985b). Madrid;

Ministerio de Sanidad y Consumo. Oferta y demanda de médicos en España. Madrid: Ministerio de Sanidad; 1986.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Censo de especialistas del programa de residentes, 1966- 1989. Madrid: Insalud; 1990a); 312 p.

Ministerio de Sanidad y Consumo. El INSALUD ante la opinión pública. Madrid. 1990b).

Miqueo, Consuelo; Tomás, Concepción; Tejero, Cruz, et al. (eds). Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas. Madrid: Minerva ediciones; 2001; 255 p.

Miranda Martín, Mª D.; Martín Martín, J. Análisis del impacto del modelo retributivo del personal sanitario de EBAP en la prestación de servicios. VII Jornadas de Economía de la Salud. Planificación, Gestión y formación de recursos humanos en el sector sanitario. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 1988; pp. 240-249.

Molero Mesa, Jorge; Jiménez Lucena, Isabel. Salud y burocracia en España. Los Cuerpos de Sanidad Nacional (1855- 1951). Revista Española de Salud Pública. 2000; 7445-79.

Montenegro Acero, E. Elaboración de un cuestionario para el estudio de la actitud médica hacia el cambio de modelo asistencial. IV curso de la Escuela Andaluza de Salud Pública de Salud Pública y Administración Sanitaria. Málaga; 1989; p. 29 .

Mora Temprano, Ángeles. Enfermería: nuevos roles. I Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada. Noviembre de 1986. Granada: EASP; 1987; pp. 33-36.

Morales Nevado, E.; Cortes Meyniel, M. D.; Adriaensens, M. Curso de orientación para la apertura de centros de salud. IV Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria y II Jornadas de Salud del Mediterráneo. Nuevas

perspectivas en promoción de salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1989; pp. 115-116.

Moreno Corredor, A. Centro de Salud El Valle (Jaén). Boletín de la SAMFYC. 1988; año 1 (nº2).

Moreno i Marín Josep. Formación de especialistas. En: Gómez Gascón, Tomás; Ceitlin, Julio, eds. Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo. Madrid: SEMFYC-CIMF; 1997: 362- 385.

Moreno Sardá, A. La realidad imaginaria de las divisiones sociales: una aproximación no androcéntrica. En: Luna, Lola (comp.) Mujeres y sociedad, nuevos enfoques teóricos y metodológicos. Barcelona, Universidad de Barcelona, 1991; pp. 87-99.

Morrell, David. Introduction and overviews. En: Loudon, Irvine; Horder, John, and Webster, Charles edit. General Practice under the National Health Service 1948- 1997. London: Clarendon Press; 1998; p. 329.

Moya Pueyo, V.; González Navarro, F. La sanidad española en la Europa de Maastricht. Madrid: IM&C; 1993; 182 p.

Müller-Hill, Benno. Reflections on the use of interviews in the history of science: who will write the history of science? Hist. Phil. Life. Sci. 2001; 23:105-116.

Murria, M^a Jesús. Trayectoria profesional e identidad de género. Reflexiones personales. En: Miqueo, Consuelo; Tomás, Concepción; Tejero, Cruz, et al. (eds). Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas. Madrid: Minerva ediciones; 2001; pp. 237- 246.

Nash, Mary. Desde la invisibilidad a la presencia de la mujer en la historia: Corrientes historiográficas y marcos conceptuales de la nueva historia de la mujer. En: Nuevas perspectivas sobre la mujer. Actas de las Primeras Jornadas de Investigación Interdisciplinaria. Madrid, Universidad Autónoma de Madrid. Vol I : 18-37.

Nash, Mary. Replanteando la historia: mujeres y género en la historia contemporánea. En: Bernis, Cristina et al. eds. Los estudios de la mujer: de la investigación a la docencia. VIII Jornadas de Investigación interdisciplinar. Madrid: UAM. 1991; pp. 599-623.

Navarro, Vicente. La medicina bajo el capitalismo. Barcelona: Crítica; 1978; 286 p.

Navarro, Vicente. Production and Welfare State: the political context of reforms. International Journal of Health Services. 1991; 21 (4):585-614.

Nebot, M.; Espinola, A. Autocuidado y educación sanitaria en atención primaria. Atención Primaria. 1989; 6(4):254-260.

Negro Alvarez, J.M.; Guerrero Fernández, M.; González Jiménez, J. Luna Maldonado, A. La formación de médicos especialistas en alergología por el sistema de residencia. Revista Española de Alergología e Inmunología Clínica. 1999; 14(1):1-10.

Fuentes y bibliografía

Niethammer, Lutz. ¿Para qué sirve la historia oral? *Historia y Fuente Oral*. 1989; (2): 3-25.

Organización Mundial de la Salud . La formación del médico de familia. 11º informe del Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del personal médico y auxiliar. Ginebra: OMS [Informe técnico nº 257]. 1963; 42 p.

Organización Mundial de la Salud. La preparación para el ejercicio de la medicina general. Documentos presentados en una Conferencia europea sobre la preparación del médico para la práctica en la colectividad, Edimburgo 1961. Ginebra: OMS; 1964; 105 p.

Organización Mundial de la Salud a). Medios de estimular el interés del médico por la medicina preventiva. 12º informe del Comité de Expertos de la OMS en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar. Ginebra: OMS [Serie de informes técnicos nº 269]; 1964a); 25 p.

Organización Mundial de la Salud. La Medicina General. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: OMS. [Informe técnico nº 267]; 1964b); 26 p.

Organización Mundial de la Salud. De Alma-Ata al año 2000: Reflexiones a medio camino. Ginebra: OMS; 1991; 174 p.

Ortega, Francisco; García, José; Menéndez, Ramón et al. Derechos del usuario y participación ciudadana en la Sanidad Pública. En: Ortega, Francisco; Lamata, Fernando (eds). La década de la reforma sanitaria. Madrid: Exlibris ediciones; 1998.

Ortega, Francisco; Lamata, Fernando. La década de la reforma sanitaria. Madrid: Ex libris ediciones; 1998; 510 p.

Ortiz Gómez, Teresa. La mujer como profesional de la medicina en la España contemporánea: el caso de Andalucía, 1898- 1981. *Dynamis*. 1986; 5-6: 343-366.

Ortiz Gómez, Teresa a. Médicos en la Andalucía del siglo XX. Número, distribución, especialismo y participación profesional de la mujer. Granada: Fundación Averroes; 1987; 281 p.

Ortiz Gómez, Teresa. a. El método en medicina desde los estudios feministas. En: Ruiz Somavilla, M. J. et al. Eds. Teoría y Método en Medicina. Málaga: Universidad de Málaga; 1992; pp. 81-98.

Ortiz Gómez, Teresa . Feminismo y ciencias naturales y biomédicas: Debates, encuentros y desencuentros. *La Aljaba, segunda época (Argentina)*, 4, (1999), pp. 11-30.

Ortiz Gómez, Teresa. El género, organizador de profesiones sanitarias. En: Miqueo, Consuelo, Tomás Concepción, Tejero Cruz, Barral Mª José, Fernández Teresa, y Yago Teresa (eds). *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva ediciones; 2001; pp. 39-61

Ortiz Gómez, Teresa. Fuentes orales e identidades profesionales: las médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX. *Asclepio*. 2005; 57(1): 75-97.

Ortiz Gómez, Teresa; Birriel- Salcedo, Johanna, and Ortega del Olmo, Rosa. Género, profesiones sanitarias y salud pública. *Gaceta Sanitaria*. 2004; 18 (supl. 1): 184-194.

Ortiz Gómez, Teresa; Távora, Ana; Delgado, Ana; Sánchez, Lola. Ser mujer y médico en la España de los años sesenta. *Asparkia*. 2001; nº 12: 125-133.

Ortún Rubio, V. Economía y medicina. *Medicina Clínica (Barc.)*. 1987; 88: 411-413.

Ortún, Vicente; Gervás, Juan. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Medicina Clínica (Barc.)*. 1996; 106: 97-102.

Ortún, Vicente; Segura, Andreu. España: democracia, crisis económica y política sanitaria. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. 1983; 57:603-626.

Orus Escola, M^a A.; de Marcos Hernández, L.; Naberán Toña, C. et al. Encuesta de opinión a los usuarios de las unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Barcelona. Una aproximación al conocimiento de las necesidades asistenciales de la población atendida. *Atención Primaria*. 1985; 2(2):91-95.

O'Shanahan, J. Un centro de salud para el desarrollo. *Tirajana 1976- 1979*. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. 1979; 53:1595-1630.

Otegui Pascual, R. Educación para la salud y antropología. Un caso de desencuentro: la hipertensión. *Jano*. 2000 Jun 30; LIX(nº 1352):62-64.

Otero Puime, A.; Engel Gómez, J. L. La evaluación de la estructura en los centros de salud. Aproximación a la situación en España. *Atención Primaria*. 1987; 4(9):484-496.

Los otros efectos del síndrome tóxico. ¿Una experiencia positiva para la asistencia primaria? *Profesión Médica*. 17/9/1982 : 6.

Packard, Randall M. Post- colonial medicine. In: Cooter, R.; Pickstone, J. eds., *Medicine in the twentieth century*. Amsterdam: Hartwood Academic Publishers; 2000; pp. 97-112.

Palomino Moral, Pedro; Frías Osuna, Antonio. Atención Primaria de Salud: un análisis sobre la transición en Andalucía. *Gaceta Sanitaria*. 1992; 33(6):269-274. Recuperar del pie de pag

Papel del profesional de enfermería en la Atención Primaria de Salud. Editorial. *Atención Primaria*. 1985; 11(1):9-10.

Pardell Alenta, H. El médico, la salud y la economía. *Medicina Clínica (Barc.)*. 1984; 82: 110-113.

Parkhouse, J.; Mc. Laughlin, C. Career preferences of doctors graduating in 1974. *British Medical Journal*. 1976; 2:630-632.

Peramato Martín, E. La elección de una especialidad: la Medicina Familiar y Comunitaria. (Carta al Director). *Atención Primaria*. 1988; 5(9):515.

Perdiguero, Enrique; Castejón, Ramón, eds. La acción social de la medicina y la construcción del sistema sanitario en la España contemporánea. *Trabajo Social y Salud*, 2002; nº 43 [monográfico].

Fuentes y bibliografía

Pereira Gray, D. The emergence of discipline of General Practice, its literature, and the contribution of the College Journal. *Journal of the Royal College of the General Practitioners*. 1989; 39:228-233.

Pereira Gray, Denis. Postgraduate training and continuing education. En: Loudon, Irvine; Horder, John and Webster, Charles (edit.) *General Practice under the National Health Service 1948- 1997*. London: Clarendon Press; 1998; 182- 204.

Pérez Fernández, Mercedes; Gervás Juan. Pragmatismo en Atención Primaria. *ROL*. N°131:214-17.

Pérez Jarauta, M. José. Experiencia: Consejos de salud de zona en Navarra. La participación comunitaria como fundamento de la reforma de Atención Primaria. *Salud Entre Todos*. 1988; (32):10.

Perkin, Reg. E. Historia de la Medicina de Familia en Norteamérica. En: Gómez Gascón, Tomás y Ceitlin, Julio. *Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo*; 1997; pp. 127- 136.

Plan de Salud para Vizcaya. Editorial. Circular Informativa del Colegio Médico de Vizcaya. 1977.

Un Plan de Salud para Vizcaya. *Profesión Médica*. 7/6/1978.

Un Plan de Salud para Vizcaya. *Profesión Médica*. 19/10/1978.

Planes Magriñá, Albert. Una sociedad científica..La sociedad científica. *Atención Primaria*, 1994. 13(2): 57- 58.

Planes, Albert. Entrevista a A. Martín Zurro. *Dimensión Humana*. 1999; 3(5)

Porta, I.; Tamborero, G.; Nebot, M. et al. Estudio de la adecuación de la demanda en dos servicios de urgencias extrahospitalarios. *Atención Primaria*. 1986; 3(4):205-210.

Prieto Orzanco, Asunción. Entrevista a José María Segovia de Arana. *Dimensión Humana*. 1999; 3(5):31-35.

Prieto Orzanco, Asunción; Ichaso Hernández- Rubio, M^a Santos; Soler Torroja, Mario. Historia de la SEMFYC. En: Gómez Gascón, Tomás; Ceitlin, Julio, eds. *Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo*. Madrid: SEMFYC-CIMF; 1997; p. 386- 398.

Pritchard, P. *Manual de Atención Primaria de Salud. Su naturaleza y organización*. Madrid: Díaz de Santos; 1985; 238 p.

Pujol Farriols R, Costa Roma J. La Medicina Interna y los internistas. *Medicina Clínica (Barc)* 1988, 90: 659-660.

Quesada Vargas, E. A. Atención médica primaria. *Jano*. 1977; 295:43-49.

Ransom, D.; Vandervoort, H. The Development of Family Medicine. *JAMA*. 1973; 225(9):1098-1102.

Redondo, J.; Llucho, C.; Prados, J. A.; Espinosa, A. Consejo de salud: conclusiones de 3 años de experiencia. *Atención Primaria*. 1994; 14(9):1047-1050.

Reichel, W. The future of Family Medicine in response to demographic changes and increasing specialization. *JAMA* . 1983; 249:1445-1447.

Resolución del Ministerio de Sanidad y Consumo 12/2/1982.

Reunión de docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, Madrid, 1984a).

Reunión de docentes de Medicina Familiar y Comunitaria sobre evaluación y acreditación de centros docentes. Santiago de Compostela, 19, 20 de Septiembre de 1984b).

Reventós Conti, J. El Centro de Salud en el esquema sanitario actual. *Policlínica*. 1982; 8-12.

Revilla, L. de la. Memoria del centro de salud de Cartuja. Granada: Consejería de salud y consumo. Junta de Andalucía; 1984.; 6(10):689-670.

Revilla Ahumada, Luis de la. Problemas detectados en el funcionamiento de las unidades de atención familiar como modelo de equipo de salud. *Atención Primaria*. 1988; 5(1):3-10.

Revilla, L. de la, Gálvez, Manuel; Delgado, Ana. El consejo de salud del barrio de Cartuja (Granada): una experiencia de participación comunitaria. *Atención Primaria*. 1985; 2(2):11-15.

Revilla Ahumada, Luis de la; Sevilla, Elia. Participación de la comunidad en atención primaria. *Atención Primaria*. 1987; 4(8):395-6.

Rey, M. E.; Villalba, J. R. Impacto potencial de la reforma de la Atención Primaria sobre la prescripción farmacéutica en España: la experiencia de Ciutat Badía. *Medicina Clínica (Barc)*. 1987; 89: 141-143.

Ribas Batilori, M^a A.; Sendra Pina, M P.; Miralles Gisbert, S. et al. Evaluación de una experiencia de participación de la comunidad: el Consejo. *Atención Primaria*, 1987. 4(3):113- 120.

Ribot Catala, C., Fernández Tenllado Gil, M. A.; García de León Solera, D. Investigación cualitativa en Atención Primaria. Una experiencia con entrevistas abiertas. *Atención Primaria*. 2000; 25(5):343-8.

Riska, Elianne. Towards gender balance: but will women physicians have an impact on medicine? *Social Science and Medicine*. 2001; 52:179-181.

Roa, Rubén. Historia de la Medicina Familiar en la América Latina. En: Gómez Gascón, T.; Ceitlin, Julio, eds. *Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo*. Madrid: SEMFYC-CIMF; 1997; pp. 137- 147.

Roces Robles, Angel Corsino. Un debate necesario: la reforma de la sanidad. *Abaco*. 1990; 867-873.

Rodríguez, J. A. El poder médico desde la sociología. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 1981; 14: 95-112.

Rodríguez, J. A. La rebelión de los médicos: análisis sociológico de las actitudes de la profesión médica ante la organización de la sanidad en España. *Sistema*. 1987; n° 78: 69-100.

Fuentes y bibliografía

Rodríguez, J. A. Struggle and revolt in the Spanish health policy process: the changing role of the medical profession. *International Journal of Health Services*. 1992; 22(1):19-44.

Rodríguez, J. A.; de Miguel, J. Profesión médica y política social. *Sistema*. 1989; nº 90: 87-114.

Rodríguez, J. A.; de Miguel, J. M. *Salud y poder*. Madrid: CIS, Siglo XXI; 1990; 270 p.

Rodríguez Ocaña, Esteban. *Por la salud de las naciones. Higiene, microbiología y medicina social*. Madrid, Akal [Historia de la Ciencia y de la Técnica]. 1992.

Rodríguez Ocaña, E. De la Junta de Sanidad al Instituto de Higiene. En: *Historia y medicina en España. Homenaje al Profesor Luis S. Granjel*. Valladolid: Consejería de Cultura y Turismo de la Junta de Castilla y León; 1994; pp. 237-249.

Rodríguez Ocaña, E. Ciencia y política de la ciencia en la España del siglo XX. *La Salud Pública. Cursos de Verano de la Universidad Complutense de Madrid*. El Escorial, 1997 (inédito).

Rodríguez Ocaña, E. La intervención de la Fundación Rockefeller en la creación de la sanidad contemporánea en España. *Revista Española de Salud Pública*. 2000; 74 (nº monográfico): 27-34.

Rodríguez Ocaña, E. El Informe sobre la Sanidad española (1926) de Charles Bailey, enviado de la Fundación Rockefeller. *Cronos*. 2001a); 4 (1-2): 63-79.

Rodríguez Ocaña, E. La Salud pública en la España de la primera mitad del siglo XX. En: Juan Atenza y José Martínez, eds. *El Centro Secundario de Higiene rural de Talavera de la Reina y la sanidad española de su tiempo*. Toledo: Junta de Comunidades de Castilla la Mancha; 2001b); pp. 21-42.

Rodríguez Ocaña, E. The Politics of Public Health in the State-Managed Scheme of Healthcare in Spain (1940-1990). In: Löwy, Ilana; Krige, John (eds.). *Images of Disease: Science, Public Policy and Health in Post-war Europe*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities; 2001c); pp. 187-210.

Rodríguez Ocaña, Esteban. Los servicios de Salud Pública. En: Perdiguero, Enrique y Castejón, Ramón eds. "La acción social de la medicina y la construcción del sistema sanitario en la España contemporánea". *Trabajo Social y Salud*, 2002; 91- 118.

Rodríguez Ocaña, E.; Menéndez Navarro, Alfredo. El Primer Congreso Nacional de Sanidad (Madrid, 1934) como sanción de la profesionalización médico- social en España. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. 1986; 60: 1095-1107.

Rodríguez Ocaña, E.; Molero Mesa, Jorge. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo XX en la construcción de la cultura de la salud. En: Montiel, L. (ed.). *La salud en el Estado del Bienestar. Análisis histórico*. Madrid: Editorial Complutense; 1993; pp. 133-148.

Rodríguez, Rosario; Márquez, Soledad; López, Magdalena. El análisis de contenido en la evaluación del nuevo modelo de Atención Primaria en la comunidad valenciana. *Gaceta Sanitaria*. 1995a); 9: 244- 250.

Rodríguez, Rosario; Márquez, Soledad; López, Magdalena. La perspectiva profesional en la reforma de la atención primaria de salud: una aproximación cualitativa. *Gaceta Sanitaria*. 1995b); 9 (49):237-243.

Rosen, George. *The specialization of medicine with particular reference to ophthalmology*. New York: Froben Press; 1944; 96 p.

Rosen, George. Changing attitudes of the medical profession to specialization. In: Freidson, E.; Lorber, J. eds. *Medical men and their work*. Chicago: Aldine-Atherton; 1972. pp. 103- 112.

Rosenblatt, Roger. Confronting the Millennium: Family medicine in the late 20 th century. *Family Medicine*. 1990; 22(1):46-51.

Ruiz Arias, E. Estudio sobre las dificultades para el desarrollo del modelo de Atención Primaria y su relación con el perfil profesional (enfoque desde la contribución de enfermería). EASP: Granada, 1986.

Ruiz- Giménez Aguilar, Juan Luis. Atención Primaria de Salud. En: FADSP. *La sanidad española a debate*. FADSP. Madrid, 1990. pp. 89-120.

Sabando, Pedro. La Ley General de Sanidad. *Papeles del Colegio de Psicólogos*. 1984; 15(9):13-16.

Sainz Sáez- Torre, N.; Salido Cano, A.; Rodríguez González, B. et al. Estructura e interrelación entre los distintos niveles asistenciales. *Atención Primaria*. 1989; 6(3):170-173.

Salleras Sanmartín, L. Las bases científicas de la medicina preventiva. *Atención Primaria*. 1986; 3(5):239-245.

SAMFYC. Evaluación del modelo de Reforma de la Atención Primaria en Andalucía. Conclusiones de la revisión documental y evaluación estratégica de la reforma de la atención primaria. Jaén: SAMFYC; 1994; 132 p.

Sánchez Bayle, Marciano. Ley general de sanidad, ¿una oportunidad desaprovechada? *Alfoz*, 1985; 13, (2): 28-42.

Sánchez Bayle, M. Evaluación crítica de la Reforma Sanitaria. En: Ortega, Francisco; Lamata, Fernando, eds. *La década de la reforma sanitaria*. Madrid: Ex libris ediciones; 1998; pp. 45- 52

Sánchez Mozo, Teresa. El curriculum de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. En: Reunión de docentes, Madrid, 1984a)

Santamarina, Cristina; Marinas, José Miguel. Historias de vida e historia oral. En: Delgado J.M., Gutierrez J. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis; 1995; pp. 259- 287.

Santana, B.; Porta, I.; Brotons, C. et al. Demanda programada en Atención Primaria. Rasgos de los pacientes no cumplidores. *Atención Primaria*. 1987; 4(2):61-67.

Fuentes y bibliografía

Santesmases, M. J. Científicas en España (1940- 1970): profesionalización y modernización social. Madrid: Instituto de la mujer; 2000; 177 p.

Sanz Hernández, Alexia. El método biográfico en investigación social: potencialidades y limitaciones de las fuentes orales y los documentos personales. *Asclepio*. 2005; 57 57(1): 99-115.

Sardinero Córdoba, M.; Del Pino, R.; López Gómez, P. Conflicto de roles en la etapa de implantación de los distritos. 3º Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1988.

Saura Llamas, J. Docencia pregrado de la Medicina de Familia en España. En: Gómez Gascón, T.; Ceitlin, J. eds. *Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo*. Madrid: SEMFYC-CIMF; 1997; p. 423.

Scally Gabriel. Primary health care in Barcelona. *British Medical Journal* . 1983; 2871191-2.

Scott, Joan. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: Nash, M.; Amelang, J. eds. *Historia y Género: las mujeres en la Europa Moderna y Contemporánea*. Valencia, Alfons El Magnànim; 1990; pp. 44-56.

Segovia de Arana, José M^a. Líneas generales de la reforma sanitaria. *Profesión Médica*. 27 Sept 1979.

Segovia de Arana, J. M^a. Los Centros de Salud. I Jornadas de Medicina de Familia. Madrid; 1980a).

Segovia de Arana, J. M^a. La Medicina de Familia en la nueva ordenación de la asistencia médica en España. Primeras Jornadas de Medicina de Familia. Madrid; 1980b).

Segovia de Arana, J. M^a. El estudiante de medicina ante la profesión. *Medicina Clínica (Barc)*. 1986a); 87: 799-801.

Segovia de Arana, J. M^a. Futuro de la enseñanza de la medicina. *Jano*. 1986b); 31 :123-126.

Segovia de Arana, José M^a. Nacimiento de la especialidad. En: Gómez Gascón, T.; Ceitlin, Julio, eds. *Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo*. Madrid: SEMFYC-CIMF; 1997; pp.423.

Segovia de Arana, J. M^a. Medicina, sanidad y salud. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina; 31 Marzo 1998; 94 p.

Segovia de Arana, J. M^a.; Pera Blanco- Morales, Cristóbal; Goiriena de Gandarias, Juan José; Cabasés Hita, Juan Manuel. La formación de los profesionales de la salud. Bilbao: Fundación BBV; 1999; 95 p.

El seguimiento en las enfermedades crónicas: un reto para la Atención Primaria. [Editorial]. *Atención Primaria*. 1984; 1(2):11-12.

Sergent, J. Family Medicine. An Emergent Specialty. *JAMA*. 1967; 200(13):106-109.

Serigó Segarra, Adolfo. La crisis de la sanidad española. Nuevas ideas en salud pública. Madrid: Gala; 1979; 114 p.

Servicio de estudios económicos del Instituto de Estudios de Sanidad y la Seguridad Social. Encuesta a los Ayudantes técnicos sanitarios sobre la reforma de la sanidad española. *Revista de Seguridad Social*. 1979a); n.º 2: 287-320.

Servicio de estudios sociológicos del Instituto de Estudios de Sanidad y la Seguridad Social. Encuesta nacional a la opinión pública sobre la organización sanitaria española y su posible reforma. *Revista de Seguridad Social*. 1979b); 187-213.

Servicio de estudios sociológicos del Instituto de Estudios de Sanidad y la Seguridad Social. Encuesta nacional a los médicos sobre la organización sanitaria española y su posible reforma. *Revista de La Seguridad Social*. 1979c); n.º 3: 259-291.

Servicio de estudios sociológicos del Instituto de Estudios de Sanidad y Seguridad social. Análisis comparativo entre profesionales sanitarios y opinión pública sobre organización y reforma sanitaria. *Revista de Seguridad Social*. 1979d); n.º 1: 114- 140.

Sidel, Victor W.; SIDEC, Ruth. Primary health care in relation to socio- political structure. *Social Science and Medicine*. 1977; 11: 415-419.

Siegrist, H. Professionalization as a process patterns, progression and discontinuity. In: Burrage M., Torstendahl R eds. *Professions in theory and history . Rethinking the study of the professions*. London: Sage publications.; 1990; pp. 177-202.

Simó Miñana, J. ; Gálvez Candel, J.; Morote Sánchís, M. V. et al. El médico de cabecera o la búsqueda de la identidad perdida: información para internistas y otros especialistas. *Medicina Clínica (Barc.)*. 1997; 109:343-348.

Sociedades científicas y progreso de la Atención Primaria [Editorial]. *Atención Primaria*, 1985c. 2(6): 307.

Soler Torroja, Mario. Especialidad de medicina familiar y comunitaria, acceso al título, normativa de la comunidad europea y ejercicio profesional. *Centro de Salud*. 1993; 321-322.

Soler Torroja, M. Futuro de la Medicina general/de familia en España y posible papel de la SEMFYC. *Atención Primaria*. 1995; 16(6):305-308.

Tait, Ian;Graham Jones, Susanna. General Practice, its patients and the public. En: Loudon, Irvine; Horder, John; Webster, Charles (edit.) *General Practice under the National Health Service 1948- 1997*. London: Clarendon Press; 1998: 224- 246.

Taylor, R.B. Cronología de la evolución de la Medicina de Familia en los Estados Unidos. En Taylor R.B.(ed). *Medicina de Familia. Principios y Práctica*. 4ª ed. Barcelona: Springer Verlag Ibérica; 1995; pp. 1043-1046.

Thomas Mullet, V.; Puig Valls, B.; Llobera Canaves, J. et al. El residente de Medicina Familiar y Comunitaria ante su especialización (II). *Rev. San Hig. Pub*. 1991; 65(1):78-85.

Tizón García, J. L. Los costes sociales de una errónea concepción de la asistencia sanitaria ambulatoria: una perspectiva. *Medicina Clínica (Barcelona)*. 1977; 69(2):82-89.

Fuentes y bibliografía

Tolosa Latour, M. La protección a la infancia en España . Leyes y proyectos. Madrid: Est. Tip. Ricardo Fé; 1903=

Tollman, Stephen. Community oriented primary care: origins, evolution, applications. *Social Science and Medicine*. 1991; 32(6):633-642.

Torra i Bou, J.E. Atención de Enfermería en un Area Básica de Salud. Marco de referencia. *ROL*. 23??; (143- 44):37-43.

Tudor Hart, Julian. Necesitamos un nuevo tipo de médico de cabecera. *Atención Primaria*. 1984a); 1(3):109-115.

Tudor Hart, J. Atención Primaria ¿para qué? ¿para quién? *Salud 2000*. 1984b); 227-32.

Tudor Hart, J. Fortaleza y debilidad de la organización de médicos generalistas. *Atención Primaria*. 1985; 2(6):309-312.

Tudor Hart, J. Atención primaria en el British National Health Service: gran desarrollo en el pasado y crisis en la actualidad. *Atención Primaria*. 1988; 5(8):441-443.

Tudor Hart J. Primary medical care in Spain. *British Journal of General Practice*. 1990; 40: 255-258.

Tudor Hart, J. Going to the doctor. In: Cooter, R.; Pickstone, J. eds., *Medicine in the twentieth century*. Amsterdam: Hartwood Academic Publishers; 2000; pp. 543-557.

Tuñón de Lara, Manuel. Transición y democracia (1973- 1985). Tomo X. *Historia de España*. 2ª edición; Barcelona: Labor; 1993.

Turabian, José Luis. Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en la salud. Madrid: Diaz de Santos; 1991a); 235 p.

Turabian, J. L. Participación comunitaria en atención primaria de salud: ¿amigo o enemigo? *Atención Primaria*. 1991b); 8(2):147-148.

Turabian, J. L. Participación comunitaria y salud: manteniendo el sentido de la proporción. *Atención Primaria*. 1993; 11(1):48-51.

Turabian, J.L.; Medina M. Médicos de familia: respuesta española a la CEE. *Atención Primaria*. 1993; 11(9):451-452.

Tussell, Javier. Franquismo y transición. Del apogeo del régimen a la consolidación de la democracia (1951- 1982). *Historia de España*. Madrid: Espasa Calpe; 2004; vol. 17. p.700.

Unidad Docente de Murcia. Curso de introducción a la Medicina de Familia. Murcia, 1985.

Uriarte Rodríguez, A.; Ruiz Giménez Aguilar, J. L. Organización de un centro de salud a partir de la participación ciudadana. El ejemplo del centro de salud Vicente Soldevilla. *Atención Primaria*. 1993; 11(5):253-257.

Uribe Oyarbide, J. Mª. El médico de familia en la sociedad actual. Análisis antropológico. *Medifam*. 1994a); 4(5):237-242.

Uribe Oyarbide, J. M^a. La reinterpretación del síntoma en atención primaria. *Política y Sociedad*. 1994b); (17):117-124.

Vázquez Teja, T. Opinan los pacientes. *Atención de enfermería*. ROL. (141):35-41.

Vidal Thomas, C.; Artigas Legong, B.; Gogorcena Aoiz, M. A. et al. Satisfacción laboral en Atención Primaria. Una encuesta. *Rol*. 1993; (176):13-17.

Villacorta Baños, Francisco. Profesionales y burócratas. Estado y poder corporativo en la España del siglo XX, 1890- 1923. Madrid.: Siglo XXI; 1989; 537 p.

Villalbí, J.R. ; Reventós, J. ; Rovira, J. et al. Impacto del programa de residencia en Medicina Familiar y Comunitaria sobre la asistencia primaria. *Medicina Clínica (Barc)*. 1984; 82: 16-17.

Villalbí, J.R.; Guarda, A.; Pasarín, M.I. et al. Corregir las desigualdades sociales en salud: la reforma de la atención primaria como estrategia. *Atención Primaria*. 1998; 21(1):47-54.

Villalbí, J.R.; Guarga, A.; Pasarín, M.I. et al. Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud. *Atención Primaria*. 1999; 24(8):468-474.

Volviendo a la asistencia primaria [Editorial]. *Lancet*. 1996; 28(3):141-142.

Vuori, H. ¿Qué es la Atención Primaria de Salud? *Atención Primaria*. 1984; 1(1):3-4.

Vuori, Hannu. La participación comunitaria en atención primaria: un medio o una finalidad en sí misma. *Atención Primaria*. 1992; 10(9):1036-1048.

Warshaw, G. To de Editor. *New England Journal of Medicine*. 1975; 781.

Weindling, Paul. La Fundación Rockefeller y el organismo de salud de la Sociedad de Naciones: algunas conexiones españolas. *Revista Española de Salud Pública*. 2000; 74 (monográfico): 15-26.

Wiedmaier Burgos, A.M. Participación comunitaria. En: FADSP (edit.). *Situación actual y futuro de la Atención Primaria de Salud*. Madrid.; 1993; pp. 125-135.

Wofinden, R.C. From Medical Officer of Health to Community Physician (1847-1974). *Proc. R. Soc. Med. (London)*. 1974; 67:1251-5.

Woods, D. Whither general practice? *Canadian Medical Association Journal*. 1979; 121:621-623.

ANEXO I. DOCUMENTACIÓN SELECCIONADA

Declaración de Alma-Ata (OMS-UNICEF), 1978

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en el día de hoy, doce de septiembre de mil novecientos setenta y ocho, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente Declaración:

I

La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

II

La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

III

El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

IV

El pueblo tiene derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

V

Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los Gobiernos, de las Organizaciones Internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios, debe ser el que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para conseguir este objetivo como parte del espíritu de justicia social del desarrollo.

VI

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas y socialmente aceptables puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

VII

La atención primaria de salud.

1. Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas de un país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados apropiados de la investigación social, biomédica y de servicios sanitarios, así como en la experiencia sobre salud pública.
2. Se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad, y para ello, proporciona y promueve servicios preventivos, curativos y rehabilitadores.
3. Incluye como mínimo: educación sobre los problemas sanitarios más prevalentes y los métodos para prevenirlos y controlarlos; promoción sobre el suministro de alimentación y de correcta nutrición; adecuado suministro de agua potable y saneamiento básico; asistencia maternal e infantil, incluyendo la planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las enfermedades endémicas locales; apropiando tratamiento de las enfermedades comunes y los traumatismos, y provisión de los medicamentos esenciales.
4. Implica, además del sector sanitario, a todos los sectores relacionados y a diferentes aspectos del desarrollo nacional y comunitario, en particular, la agricultura, los animales de labranza, la industria alimentaria, la educación, la vivienda, los servicios

públicos, las comunicaciones y otros sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos estos sectores.

5. Requiere y promueve un autodesarrollo comunitario e individual al máximo posible, con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria, haciendo un uso más completo de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles; y para finalizar, desarrolla, a través de una formación apropiada, la habilidad de las comunidades para participar.

6. Debería mantenerse por sistemas de interconsulta integrados, funcionales y mutuamente apoyados, con vistas a una mejora progresiva e integrada de la atención sanitaria para todos, y dando prioridad a los más necesitados.

7. Se desarrolla a niveles locales y a niveles de apoyo, mediante los profesionales sanitarios, incluyendo a los médicos, enfermeras, comadronas, auxiliares y asistentes sociales, en lo que corresponda, así como personas que practican la medicina tradicional, correctamente formados social y técnicamente para ejercer como un equipo sanitario a fin de responder a las necesidades sanitarias expresadas por la comunidad.

VIII

Todos los gobiernos deberían formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción para establecer y mantener la atención primaria sanitaria como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Para este fin, será necesario ejercitar voluntades políticas, a fin de movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX

Todos los países deberían cooperar con un espíritu de fraternidad y de servicio para asegurar la atención primaria sanitaria a toda la población, ya que la consecución de la salud, por parte de la población de un país, directamente afecta y beneficia a cualquier otro país. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria constituye una base sólida para el futuro desarrollo y establecimiento de la atención primaria sanitaria en todo el mundo.

X

Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000, mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, una considerable parte de los cuales se gastan hoy día en armamento y conflictos

militares. Una política genuina de independencia, paz y desarmamento podrían ser bien empleados en objetivos pacíficos y, en particular, en la aceleración del desarrollo social y económico, entre los que la atención primaria sanitaria, como parte esencial, debería recibir su parte proporcional adecuada.

La Conferencia internacional sobre atención primaria de salud realiza un llamamiento urgente y efectivo para una acción nacional e internacional a fin de desarrollar e implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo y, particularmente, en los países en vías de desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y en consonancia con el nuevo orden económico internacional. Urge, por parte de los gobiernos, de la OMS, de la UNICEF y de otras organizaciones internacionales, así como por parte de agencias multilaterales o bilaterales, organizaciones no gubernamentales, agencias de financiación, todos los profesionales sanitarios y el total de la comunidad mundial, mantener la obligación nacional e internacional hacia la atención primaria sanitaria y canalizar un soporte técnico y financiero cada vez mayor, particularmente en los países en vías de desarrollo. La Conferencia hace un llamamiento a todos los foros mencionados para colaborar en introducir, desarrollar y mantener la atención primaria sanitaria, de acuerdo con el espíritu y contenido de esta Declaración.

Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, de regulación de la Medicina de Familia y Comunitaria como especialidad de la profesión médica.

Dispongo:

Artículo Primero.

Uno. El médico de familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de la comunidad.

Dos. El alcance a la misión expuesta se centra en los siguientes cometidos:

Dos. Uno. Prestar atenciones médicas y de salud en forma integrada y continuada a los miembros del grupo familiar y de las comunidades primarias tanto en consulta como en el domicilio del enfermo en régimen tanto normal como de urgencia.

Dos. Dos. Promocionar la salud, prevenir la enfermedad y desarrollar la educación sanitaria a nivel individual, familiar y comunitario.

Dos. Tres. Contribuir, junto a la administración sanitaria, al desarrollo de los aspectos de salud ambiental, materno infantil, alimentación y nutrición, epidemiología, bioestadística, precisos para el mantenimiento equilibrado del sistema sanitario.

Dos. Cuatro. Orientar a los enfermos y a sus familiares en la utilización adecuada del sistema de atención médica establecida.

Dos. Cinco. Colaborar en las actividades docentes orientadas a la formación del personal integrante de los equipos de salud.

Artículo segundo.

La filiación de especialista en Medicina de Familia y Comunitaria será condición preferente para acceder a los procedimientos de selección a los puestos de trabajo de asistencia primaria, dependientes de cualquier administración pública y de entidades gestoras de la Seguridad Social, tanto en el medio urbano como en el rural.

Artículo cuarto.

Uno. El programa de formación será establecido por la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, prevista en el Real Decreto de dos mil quince/mil novecientos setenta y ocho, a la cual corresponderá, asimismo el establecer las áreas sanitarias donde se desarrollen los programas docentes de la

especialidad, así como la acreditación y homologación en los centros y servicios de la capacidad para impartir los programas docentes.

Dos. La formación de la Especialidad en Medicina de Familia y Comunitaria se adquirirá bajo la dirección de una comisión compuesta por un representante de la facultad de medicina, los directores de salud de las respectivas delegaciones territoriales y los directores de las residencias de la Seguridad Social y hospitales a los que el posgraduado esté adscrito, que actuará de acuerdo con las directrices de la correspondiente comisión nacional de la especialidad y con las funciones que ésta le delegue.

Artículo octavo.

Los médicos que acrediten cinco años de ejercicio, en propiedad o interinos, en puestos de "asistencia primaria" dependientes de cualquier administración pública o de entidades gestoras de la Seguridad Social, podrán obtener el título de médico de familia y comunitaria, previo cursillo de perfeccionamiento, en la forma que la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria y el Ministerio de Educación y Ciencia determinen.

**Real Decreto 137/84 de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.
B.O.E. De 1 de febrero de 1984 (núm. 27).**

[...] Por todo ello, con absoluto respeto a las competencias estatutarias de las diferentes Comunidades Autónomas, el presente Real Decreto establece principios normativos generales conforme a los cuales sea posible la creación y puesta en funcionamiento de Zonas de Salud, a las que se atribuyen funciones integradas de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación dirigidas tanto al individuo, aisladamente considerado, como a los grupos sociales y a las Comunidades en que se insertan quienes por otro lado participan activamente a lo largo de todo el proceso sanitario....

DISPONGO:

Artículo 1º Delimitación de la Zona de Salud.

La Zona de Salud, marco territorial de la atención primaria de salud, es la demarcación poblacional y geográfica fundamental; delimitada a una determinada población, siendo accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente con el fin de coordinar las funciones sanitarias afines.

La delimitación del marco territorial que abarcará cada Zona de Salud se hará por la Comunidad Autónoma, teniendo en cuenta criterios demográficos, geográficos y sociales. En aplicación de estos criterios, la población protegida por la Seguridad Social a atender en cada Zona de Salud podrá oscilar entre 5.000 y 25.000 habitantes, tanto en el medio rural como en el urbano....

Artículo 2º Centro de Salud

-El Centro de Salud es la estructura física y funcional que posibilita el desarrollo de una atención primaria de salud coordinada globalmente, integral, permanente y continuada, y con base en el trabajo de equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en el mismo. En él se desarrollará sus actividades y funciones el Equipo de Atención Primaria....

Artículo 3º. Equipo de Atención Primaria

- o El conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios con actuación en la Zona de Salud recibe la denominación de Equipo de Atención Primaria.
- o El Equipo de Atención Primaria tiene como ámbito territorial de actuación la Zona de Salud y como localización física principal el Centro de Salud.

- o Componen o compondrán el Equipo de Atención Primaria:
 - a. Los Médicos de Medicina General y Pediatría, Puericultutra de la Zona, Ayudantes Técnicos Sanitarios o Diplomados en Enfermería, Matronas y Practicantes de Zona y Auxiliares deClínica, adscritos a la Zona.
 - b. Los Funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la Sanidad Local adscritos alos Cuerpos de Médicos, Practicantes y Matronas titulares radicados en la Zona.
 - c. Los Farmacéuticos titulares radicados en la Zona colaboraran con el Equipo, de acuerdo con criterios operativos y fórmulas flexibles en la forma que se determine.
 - d. Los Veterinarios titulares radicados en la Zona podrán integrarse en el Equipo de Atención Primaria, aplicando criterios operativos y de colaboración en la forma en que se determine.
 - e. Los Trabajadores Sociales o Asistentes Sociales.
 - f. El persona preciso para desempeñar las tareas de administración, recepción de avisos, información cuidados de mantenimiento, y aquellos otros que se estimen necesarios para el mejor funcionamiento del Centro [...]

Artículo 4º. Del Coordinador Médico

1. El personal del Equipo de Atención Primaria dependerá funcionalmente de un Coordinador Médico, [...]
2. El nombramiento, que en todo caso será por tiempo definido; recaerá sobre uno de los componentes del Equipo de Atención Primaria [...]

Artículo 5º. Funciones de los Equipos de Atención Primaria.

- 1.a) Prestar asistencia sanitaria, tanto a nivel ambulatorio como domiciliario y de urgencia, a la población adscrita a los Equipos en coordinación con el siguiente nivel asistencial.
- b) Realizar las actividades encaminadas a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a la reinserción social.
- c) Contribuir a la educación sanitaria de la población.
- d) Realizar el diagnóstico de salud de la Zona.
- e) Evaluar las actividades realizadas y los resultados obtenidos.
- f) Realizar actividades de formación pregraduada y postgraduada de atención sanitaria, así como llevar a cabo los estudios clínicos y epidemiológicos que se determinen.

Anexo I

g) Participar en los programas de salud mental, laboral y ambiental.

h) Aquellas otras de análoga naturaleza que sean necesarias para mejor atención de la población protegida.

2. La realización de aquellos programas sanitarios que específicamente se determinen, de acuerdo con el diagnóstico de salud de la Zona.

3. El trabajo en equipo obliga a que cada uno de sus miembros participe en el estudio, ejecución y evaluación de las actividades comunes.

Artículo 6º. Jornada de trabajo.

1. La dedicación del personal integrado en los Equipos de Atención Primaria será de cuarenta horas semanales, sin perjuicio de las dedicaciones que pudieran corresponder por la participación en los turnos de guardias [...]

Disposiciones transitorias.

Segunda. Al personal sanitario de la Seguridad Social con plaza en propiedad afectado por la creación del Equipo de Atención Primaria se le ofrecerá la incorporación a la misma mediante un concurso restringido cuyas características se regularán por Orden.

Sexta. Las Unidades piloto de Medicina de Familia serán transformadas en Equipos de Atención Primaria.

**Directiva del Consejo (86/457/CEE) del 15 de septiembre de 1986.
Relativa a la formación específica en medicina general**

El Consejo de las Comunidades Europeas [...]

Considerando que a pesar de no haberle parecido oportuno al Consejo adoptar disposiciones adecuadas en la materia a nivel comunitario, no por ello había dejado de comprobar que en determinados estados miembros se perfilaba un movimiento que tendía a subrayar el papel del médico generalista y la importancia de su formación, que, consiguientemente, había solicitado a la Comisión un estudio sobre los problemas que planteaba dicha evolución;

Considerando que, desde entonces, este movimiento ha continuado y se ha amplificado hasta el punto de que actualmente se reconoce, en general, la necesidad de una formación específica para el médico generalista, de forma que su preparación sea óptima para el cumplimiento de sus actividades profesionales; que éstas, basadas en gran parte en su conocimiento personal del entorno de sus pacientes, consisten en dar consejo sobre la prevención de las enfermedades y la protección de la salud del individuo considerado en su espacio así como en dispensar los tratamientos adecuados,

Considerando que, la necesidad de una formación específica en medicina general se deriva, en particular, de que el desarrollo de las ciencias médicas han traído consigo una separación cada vez más pronunciada entre la investigación y la enseñanza médicas, por una parte, y la práctica de la medicina general, por otra, de manera que aspectos importantes de la medicina general no pueden impartirse satisfactoriamente en el marco de la formación médica tradicional básica en los estados miembros;

Considerando que, además del beneficio que de ello resultaría para los pacientes, se reconoce asimismo que una mejor adaptación del médico generalista a su función específica contribuirá a mejorar el sistema de prestación de cuidados, en particular, al hacer más selectivo el recurso a los médicos especialistas así como a los laboratorios y a otros establecimientos y equipos altamente especializados;

Considerando que la mejora de la formación en medicina general llevará a revalorizar la función del médico generalista;

Considerando sin embargo que, si bien este movimiento parece irreversible, su desarrollo sigue ritmos diferentes en los Estados miembros; que resulta

conveniente, sin precipitar intempestivamente la actual evolución, garantizar la convergencia por etapas sucesivas en la perspectiva de una formación adecuada de todo médico generalista que responda a las exigencias específicas del ejercicio de la medicina general [...]

HA ADOPTADO LA PRESENTE DIRECTIVA:

Artículo 1.

Cada Estado miembro que imparta en su territorio el ciclo completo de formación contemplado en el artículo 1 de la Directiva 75/363/CEE establecerá una formación específica en medicina general que responda al menos a las condiciones previstas en los artículos 2 y 3 de la presente Directiva, de forma que los primeros diplomas, certificados u otros títulos que la confirmen se expidan a más tardar el 1 de enero de 1990.

Artículo 2.

1. La formación específica en medicina general contemplada en el artículo 1 deberá responder como mínimo a las condiciones siguientes:

- a) sólo será accesible previo cumplimiento y compulsión de al menos seis años de estudio en el marco del ciclo de formación contemplado en el artículo de la Directiva 75/363/CEE;
- b) su duración será al menos de dos años a tiempo completo y se efectuará bajo el control de las autoridades u organismos competentes;
- c) será de carácter más práctico que teórico: la formación práctica se impartirá, por una parte, durante por lo menos seis meses en un medio hospitalario reconocido que disponga del tiempo y los servicios adecuados y, por otra parte, durante por lo menos seis meses en un consultorio de medicina general reconocido o centro reconocido en el que los médicos presten sus primeros auxilios [...]
- d) incluirá una participación personal del candidato en la actividad profesional y en las responsabilidades de las personas con las que trabaje.

2. Los Estados miembros tendrán la facultad de diferir la aplicación de las disposiciones de la letra c) del apartado 1 relativas a las duraciones mínimas de formación a más tardar hasta el 1 de enero de 1995 [...]

Carta de la OMS a Esteban de Manuel Keenoy



WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
WELTGESUNDHEITSORGANISATION
ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE
BUREAU REGIONAL DE L'EUROPE
REGIONALBURO FÜR EUROPA
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

Date: 8 June 1982

Dr Esteban Manuel Keenoy
c/Leneros 6,3A
Madrid 20
Spain

P8/27/1
Our reference
Votre référence HV/tmb
Unser Zeichen
См. наш номер
Your reference
Votre référence
Ihr Zeichen
На Ваш номер

Dear Dr Keenoy,

Thank you very much for your letter of 7 June 1982. I would certainly be most happy to see you in this Office to discuss matters of mutual interest.

As you may know, Dr Hannu Vuori, Regional Officer for Primary Health Care, has during the past year visited Spain and got first-hand experience of the Spanish developments in the field of primary health care and family health. Both his observations and your material, particularly La Medicina Familiar y Comunitaria have raised great interest in this Office.

We found the establishment of a speciality of family planning an encouraging sign. Also the plan to establish several pilot health centres is fully in line with the policy of WHO approved by the Member States and embodied in the Declaration of Alma-Ata. We consider such health centres to be a cost effective and socially acceptable setting for providing a comprehensive range of primary health care services which cover not only diagnostic and therapeutic services but also emphasize promotion of healthy lifestyles and prevention of diseases. Such health centres would also provide an excellent setting for true teamwork between physicians, nurses, public health nurses, social workers, etc.

Should your national health authorities request WHO support for your activities, we could consider the following possibilities:

1. Lecturers for training activities: either staff members or outside consultants could be recruited to give lectures and provide WHO input on topics which are related to our regional strategy for health for all by the year 2000 and the medium term programme in primary health care.
2. WHO representation at meetings related to primary health care/family medicine: WHO staff members could possibly participate in national meetings bringing together all concerned parties to discuss the development of primary health care in Spain. The role of the staff members would be to provide WHO input and explain WHO policies.
3. Consultants: It might also be possible to recruit outside consultants to assist you in the further elaboration of your plans concerning the training programme for family medicine residents and for the development of primary health care.

8, Scherfigsvej
DK-2100 COPENHAGEN Ø - Denmark

8, Scherfigsvej
DK-2100 COPENHAGEN Ø - Denmark

TELEGR.:
UNISANTE Copenhagen

TELEX:
15348

TEL.:
(01) 29 01 11

Dr Esteban Manuel Keenoy
P8/27/1

page 2
8 June 1982

4. Study tours: Finally, this Office could consider a request to organize a study tour for a few key individuals responsible for the development of primary health care/family medicine in Spain. Such a study tour would enable them to see corresponding developments in other countries.

I must, however, emphasize that the above suggestions do not constitute a commitment by this Office. Their implementation depends on the availability of resources and staff members' time. It should also be noted that these suggestions should be implemented in full agreement and collaboration with your national health authorities.

Should you need any further information from this Office, you can always contact Dr Vuori in matters related to primary health care and Dr Manrique de Lara in matters related to manpower development.

I wish success for your plans and I am looking forward to continuing collaboration in the development of primary health care and family medicine in Spain.

Yours sincerely,



Dr A Wojcizak
Director
Research, Planning and
Human Resources

ANEXO II. RESEÑAS BIOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS

Concha Álvarez

Médica de familia de la cuarta promoción del Hospital Doce de Octubre (1982- 1984). Perteneció a la primera promoción de residentes que abrió el Centro de Salud de Parla. Impresionados por lo que habían leído de la experiencia de Montánchez, Concha Álvarez y un grupo de amigos fueron a conocer a Pilar Blanco y José M^a Carro a Navarra durante la carrera. Al terminar la carrera reprodujo, con un grupo de amigos, la misma experiencia en un pueblo de Madrid (Chapinería). Gracias a la confianza que surgió de esa relación con José M^a Carro, fue llamada por este a ocupar puestos de responsabilidad en algunas Gerencias sanitarias de Madrid. Fue directora del Área 6 desde 1989 a 1991, cuando José M^a Carro Ramos estaba en la Dirección Provincial de Salud de Madrid. De 1991 a 1994 ocupó otro cargo de responsabilidad en el Área 11 de Madrid. Desde entonces trabaja como médica de familia en el Centro de Salud V Centenario de San Sebastián de los Reyes. Fue presidenta de la primera Junta Directiva de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria. Su entrevista me permitiría seguir la pista de los vínculos entre Montánchez y la Medicina de Familia, ya apuntados en la entrevista realizada a Pilar Blanco y José M^a Carro. Además su pertenencia al Hospital Doce de Octubre me permitiría indagar en las relaciones con el Centro de Medicina Comunitaria.

Antonio Aragón Orellana

Médico general que acabó la licenciatura en Granada en 1973. Trabajó un corto periodo como alumno interno en el servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen de las Nieves, donde vio frustrado su deseo de hacer la especialidad. Ejerció después como médico APD en un pueblo de la Alpujarra granadina durante tres años y posteriormente, como ayudante quirúrgico de traumatología en el ambulatorio de

especialidades del Zaidín en Granada. Consiguió entonces un puesto en el servicio especial de urgencias y, tras varios años, en 1979 accedió a una plaza de Medicina General, en la que le ofrecieron trabajar en el consultorio del Albaycín. Gracias a su empeño y al de los vecinos, aquel consultorio se convirtió en 1982 en el segundo Centro de Salud de Granada, adscrito a la Unidad Docente del Hospital Clínico. Desde entonces ha desempeñado su tarea profesional en este centro, integrándose completamente en su actividad docente y asistencial. El interés de su entrevista radica en su experiencia como médico general en la apertura de los CC.SS. y en su visión de la especialidad.

Pilar Blanco Prieto

Médica del grupo de Montánchez (1977-79). Tras su marcha del pueblo obtuvo la diplomatura de Sanidad en el Centro de Demostraciones Sanitarias de Talavera de la Reina y ejerció en Puebla de Montalbán (Toledo). Desde 1985 a 1988 trabajó en un Centro de Salud de Navarra y posteriormente, ha seguido dedicada a la asistencia en otros CC.SS. de Madrid, con una trayectoria profesional rica y variada.

Su experiencia en la iniciativa de Montánchez y en la puesta en marcha de los primeros CC.SS., la convertía en una informante de gran interés, al proceder de un segmento de valor poco reconocido en la revitalización de la medicina general: el de los médicos generales que la impulsaron.

Esther Busquets Bou

Médica de familia de la primera promoción (1979- 1982) del Hospital de Bellvitge (antes Príncipes de España) de Barcelona. Formó parte del grupo catalano-balear, liderado por Amando Martín Zurro, que fue muy activo en la formación de la especialidad. Esther Busquets participó directamente en las negociaciones con el Ministerio entre 1980 y 1981 para que la implantación de un programa docente. Tras trabajar varios años en Atención Primaria, realizó un máster en Economía de la Salud y, desde entonces, ha ocupado puestos relacionados con la gestión sanitaria.

El relato de los integrantes de las primeras promociones fue un objetivo claro desde el principio en mi investigación. El de aquella residente de Barcelona, miembro activa del grupo catalano-balear, me ayudó a desentrañar los entresijos de los orígenes de la especialidad.

José M^a Carro Ramos

Médico titular de Montánchez (1977-79). Tras su marcha del pueblo completó su formación en el Centro de Demostraciones Sanitarias de Talavera de la Reina y en un pueblo de Toledo (Puebla de Montalbán). En 1983 fue nombrado Subdirector General de Planificación Territorial del Ministerio de Sanidad y Consumo, en cuyo cargo elaboró el Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud, con el respaldo de un equipo en el que participó otro médico de Montánchez, Fernando Roderó, y una líder del Plan de Salud de Vizcaya, Charo López-Quintana. Desde 1985 a 1988 colaboró estrechamente en la puesta en marcha de la reforma sanitaria en Navarra y, de 1989 a 1991 participó en el equipo que se encargó de agilizar la paralizada reforma sanitaria de la comunidad madrileña. Su entrevista era obligada por encabezar la experiencia pionera de Montánchez y más tarde, la reforma sanitaria en nuestro país.

Claudio Cid de la Rivera Martín

Licenciado por Medicina por la Universidad de Salamanca en 1969. Fue residente en la Clínica Puerta de Hierro entre 1970- 1975. Alergólogo de la Ciudad Sanitaria Enrique Sotomayor de Vizcaya. Vivió intensamente la lucha MIR del principio de la década de 1970, donde conoció a Juan Luis Ruiz-Giménez Aguilar, Amando Martín Zurro y otros líderes, después vinculados al nacimiento de la especialidad y la reforma sanitaria. Participó directamente en el Plan de Salud de Vizcaya. Esas dos experiencias y su entusiasmo por el cambio sanitario, lo llevaron a embarcarse en la formación de los médicos de familia como el primer tutor hospitalario y técnico de salud de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Bilbao. En 1984 entró como miembro de la segunda Comisión Nacional de la Especialidad, presidida por Martín Zurro. Su papel como tutor hospitalario y miembro de la CNE lo ligan estrechamente a la gestación de la especialidad. Su testimonio, con el de las otras entrevistadas de Bilbao, desveló interesantes conexiones entre el Plan de Salud de Vizcaya, el movimiento MIR y la especialidad de Medicina de Familia.

Ana Delgado Sánchez

Médica licenciada en 1977 por la Universidad de Granada. Realizó la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública vía MIR en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada de 1977 a 1981. También se formó en la Escuela Nacional de

Sanidad de Madrid y en el Centro de Demostraciones Sanitarias de Talavera de la Reina.

Trabajó como técnica de salud en el equipo que fundó el primer Centro de Salud de España, el de Cartuja de Granada. Desde entonces y hasta 2004 es técnica de salud de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Granada.

Su vinculación a la creación y consolidación de una de las primeras unidades docentes de referencia en nuestro país, justifican su presencia en esta selección.

Dolors Forés García

Médica internista formada vía MIR en el Hospital de Bellvitge de Barcelona, donde conoció a Martín Zurro. Tras acabar la residencia trabajó como médica de cabecera de la Seguridad Social, en el primer Centro de Salud de Barcelona, el Justo Oliveras. Allí Amando Martín Zurro le ofreció ser la primera tutora clínica extrahospitalaria del programa de Medicina de Familia y Comunitaria de Barcelona. Desde entonces siempre ha estado muy próxima a esta Unidad Docente. Su experiencia como colaboradora de primera línea en la creación de la especialidad desde sus comienzos, me animó a buscar su testimonio.

Luis García Olmos

Licenciado por la Universidad Autónoma de Madrid en 1979. Pertenece a la segunda promoción de Medicina de Familia (1980-1984), especialidad que realizó entre Segovia y el Hospital Primero de Octubre. En Segovia Hernán Durán, salubrista exiliado chileno, asesor de la OMS, que había participado en el Plan de Salud de Vizcaya, fue responsable de su formación en medicina comunitaria. En el tercer año de residencia se trasladó al ambulatorio de Orcasitas, dependiente del Hospital Primero de Octubre, y colaboró en la apertura del Centro de Salud de Parla en 1984. Poco después se hizo cargo como técnico de salud de la formación en medicina comunitaria de los residentes, primero en el Centro especial de Medicina Comunitaria del Primero de Octubre y más adelante, en la Unidad Docente de Fuencarral. De 1987 a 1997 trabajó en la asistencia en el primer Centro de Salud abierto en Alcobendas, La Chopera, salvo los dos años (1989-1990) en los que colaboró en la Dirección Provincial con José M^a Carro, en la elaboración de las Guías del Ministerio (junto con otros médicos de familia, entre los que merece la pena citar a Asunción Prieto) y en la Dirección Provincial Sanitaria de Madrid, como asesor en

Atención Primaria. En 1998 accedió por convocatoria pública a la coordinación de la Unidad docente del Área 2 de Madrid. A esta trayectoria profesional hay que sumarle la fundación con Juan Gervás del equipo CESCA y la REAP, del que es en la actualidad presidente. De esta colaboración surgió una interesante línea de investigación sobre demanda derivada y morbilidad atendida por episodios, que participó de un proyecto europeo a mayor escala y que lo llevó a Inglaterra en 1989, a la unidad de investigación del Royal College of General Practitioners.

Consideré que su testimonio podría servir para contrastar y profundizar ciertas informaciones que habían aportado otras personas entrevistadas y beneficiarme de su capacidad memorística, legendaria entre sus colegas. Deseaba conocer la historia del Centro especial de Medicina Comunitaria, al que había estado ligado y me intrigaba su desempeño como nexo de unión entre el equipo CESCA y los médicos de familia. Sus vínculos profesionales con miembros del grupo de Montánchez y el Plan de Salud de Vizcaya constituyeron un hallazgo de la entrevista.

Juan Gervás

Médico licenciado por la Facultad de Medicina de Valladolid en 1971. Hizo la especialidad de Medicina Interna en Valladolid, por una de las vías de especialización que entonces se aceptaban como alternativa al sistema MIR, aun no consolidado. Doctor en Anatomía, trabajó durante muchos años en neuroquímica. Esta formación determinó, según refiere, la base científica de su trabajo como médico general, que fue el que ha ejercido el resto de su vida profesional. Trabajador infatigable y curioso, fundó en 1982 un equipo multidisciplinario llamado CESCA. En 1986 entró en el comité de clasificación de la WONCA. Es profesor visitante de la Johns Hopkins y en la actualidad trabaja en un Centro de Salud rural.

Hombre de ideología progresista, pero tremendamente crítico e independiente, polemizó incesantemente con los médicos de familia y la Administración socialista, en parte por sus profundas convicciones corporativas. Estos ataques tuvieron una lectura paradójica por los defensores de la reforma, de opositor al cambio. Sin embargo, en su trabajo como médico general hay elementos característicos de la especialidad de Medicina Familiar: el uso de la historia clínica, el aumento del tiempo de consulta, las sesiones clínicas, la racionalización de la prescripción y la investigación. Además trabajó estrechamente con personas comprometidas con la reforma, como Vicente Ortún, Luis García Olmos, e incluso

colaboró con el INSALUD y la Escuela Nacional de Sanidad durante un tiempo hasta que sus discrepancias disolvieron esa colaboración.

La visión de Juan Gervás representa la de los médicos generales que fueron marginados de la reforma. Su posición controvertida defendida como articulista prolífico siempre despertó mi curiosidad, motivo por el que concerté una entrevista con él.

Tomás Gómez Gascón

Licenciado en 1981 por la Universidad Autónoma de Madrid. Médico de familia de la cuarta promoción (1982- 1985), hizo la residencia en Madrid, en la Clínica Puerta de Hierro y el Centro de Salud de Pozuelo con Enrique Fryeiro. Estuvo en la segunda junta directiva de la Sociedad Española de Medicina de Familia, desde 1984 a 1987, año en el que pasó a ser Presidente. Transcurrido un año y tras elecciones, continuó como vicepresidente. Representante español del CIMF desde 1987. A partir de 1986 trabajó en el recién montado Centro de Salud de Fuenlabrada. En 1988 fue técnico de salud del programa docente de Madrid. Fue presidente de la CNE a partir de 1990, tras Luis de la Revilla, en un periodo tan determinante para la especialidad como el que vio la aplicación de la directiva europea.

Su trayectoria siempre cercana a puestos de decisión de la especialidad, lo convertía en un punto de referencia indiscutible.

Charo López-Quintana Ojeda

Licenciada por la Facultad de Medicina de Valladolid en 1973. Pediatra muy comprometida profesional, social y políticamente. Estuvo afiliada al Partido del Trabajo de España y fue miembro activo de la CEMIR. Participó en el grupo de trabajo que elaboró el Plan de Salud de Vizcaya. Esta experiencia le sirvió de punto de partida para aproximarse al campo de la Salud Pública y establecer contacto con otras iniciativas, como la de Montánchez, con cuyos protagonistas mantuvo una fructífera relación. José María Carro Ramos la llamó para participar en el equipo ministerial que desarrolló en el Real Decreto de Estructuras Básicas y en la reforma de la Atención Primaria. En 1980 fue a Cuba a realizar el máster de Salud Pública y a finales de la década de 1980 trabajó en Madrid, para activar la reforma en esta comunidad, que estaba prácticamente paralizada. Desde entonces ejerce como pediatra en atención primaria. De firmes convicciones, tan trabajadora como tímida,

no figura apenas en fuentes impresas, pero su emergencia de varias entrevistas como una figura invisible de gran fuerza detrás de todos los cambios sanitarios del país (Carro habla de ella "como la persona que le dio un poco de contenido a la reforma de atención primaria"), me llevó a aprovechar mi viaje a Bilbao para conocerla. Su entrevista me aportó la riqueza del contexto social e ideológico en que nació la especialidad. Su invisibilidad ofrece un elemento de reflexión sobre la participación de las mujeres en procesos de transformación.

Esteban de Manuel Keenoy

Licenciado en Medicina en junio de 1978. Médico de Familia de la primera promoción de residentes de la Clínica Puerta de Hierro (Madrid, 1979-1982). Intervino activamente como miembro de la Coordinadora de Residentes en la elaboración del *Libro Verde* primero, y el *Libro Azul* después. En 1982 fue a la sede europea de la OMS en Copenhague para obtener apoyos para los médicos de familia y el proceso de reforma de la atención primaria en España. Tras acabar la residencia, trabajó en la puesta en marcha de la reforma de la atención primaria en Andalucía. Siempre ha ocupado puestos de gestión y responsabilidad.

Su activo papel primero en el periodo de residencia de la especialidad y en la reforma sanitaria, después, justificaba sobradamente su inclusión en la muestra y prometía un testimonio singular.

Amando Martín Zurro

Médico internista especialista en endocrinología por el Hospital de la Paz (Madrid, 1969- 1974). Representante de residentes, muy comprometido con la lucha MIR. Tras acabar la residencia trabajó en el Hospital de Bellvitge, donde le aplicaron el delito de sedición por apoyar la última gran huelga de los residentes, en junio de 1975, hasta que en 1976 lo amnistiaron y retornó a su puesto anterior. La primera promoción de residentes de Medicina de Familia lo eligió como tutor hospitalario. Constituyó con sus residentes el grupo catalano-balear que fue muy activo en la creación del programa docente de la especialidad. Su pasado de insurgencia le facilitó las negociaciones con el Ministerio que condujeron a la circular 4/81 por la que se daba salida al tercer año de formación y a la Orden Ministerial de 1983 por la que se regularizaban las Unidades Docentes. Fue presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad, de 1984 a 1987. A partir de 1987 fue secretario del Consejo de

Especialidades Médicas. Autor, junto a Juan Francisco Cano Pérez, del manual de referencia para los médicos de familia españoles.

El liderazgo de Amando Martín Zurro en la Medicina de Familia de este país es incuestionable y goza de amplio reconocimiento.

Miguel Melguizo Jiménez

Licenciado en 1982 por la Universidad de Granada. Hizo la residencia de Medicina Familiar y Comunitaria en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada, entre 1985 y 1988. Pertenece por tanto, a la séptima promoción de residentes de Medicina de Familia. Desempeñó el puesto de director de distrito en Jaén de 1988 a 1990 y, desde entonces, trabaja en el Centro de Salud de Almanjáyár de Granada. Fue vocal de residentes de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC) hasta 1990, cuando pasó de ser vicepresidente de la SAMFYC. Desde 1995 a 1997 fue vicepresidente de la Sociedad Española, en el difícil periodo de la aplicación de la directiva europea.

El interés de su testimonio radica en su experiencia como representante de lo que él llama segunda generación de residentes, que sufrieron conflictos y tensiones diferentes a los de sus predecesores: la lucha por un puesto de trabajo, el acceso de médicos generales a la titulación de la especialidad y la tensión de la homologación europea, asunto este último que vivió en primer plano.

Albert Planes Magriñá

Médico APD integrado en la SEMFYC desde muy temprano, de cuya presidencia se hizo cargo de 1995 a 1997. Entre sus logros destaca su labor de entendimiento con la SEMERGEN y presidir la SEMFYC en el difícil periodo en que la especialidad se puso en peligro por la aplicación de la directiva europea. Me interesaba conocer la voz de un médico APD afín a la especialidad e ilusionado con la reforma.

Ernestina Presser Juste

Farmacéutica de origen aragonés, exiliada en Chile, donde se formó como especialista en planificación sanitaria y ejerció como profesora de Salud Pública en la Universidad de la Concepción. Volvió a España (Bilbao) con la apertura democrática de nuestro país. Allí colaboró intensamente en el Plan de Salud de Vizcaya. Dada la carencia de especialistas en Salud Pública en España, se convirtió en un referente

imprescindible para las primeras promociones de residentes de Medicina de Familia de todo el país. Su vitalidad y dotes comunicativas son recordados por todos los entrevistados. Recorrió prácticamente toda España impartiendo clases de planificación y programación en las Unidades Docentes. Es llamativa su ausencia de fuentes impresas, pero constituyó una figura determinante en el modo de trabajar de los médicos de familia. Su voz ha sido crucial en esta investigación para enriquecer la explicación histórica de las fuerzas que influyeron en el nuevo modelo, aportando un perfil humano y concreto a la narración.

Asunción Prieto Orzanco

Médica de Familia que hizo la especialidad en Valencia entre 1980- 1982. Procede por tanto de la segunda promoción de residentes. Fue Presidenta de la primera Junta directiva de la SEMFYC. Trabajó en el Ministerio de Sanidad de 1983 a 1985 con José María Carro Ramos en la elaboración de las Guías del Ministerio. A partir de entonces ocupó varios cargos en la Administración, en el Servicio de Salud de la Consejería de Sanidad de Castilla y León, INSALUD y Servicio de Información del Ministerio de Sanidad. Desde 1997 trabaja en un Centro de Salud de Madrid.

De Asunción Prieto me interesaba explorar la vinculación de las mujeres a puestos de autoridad y gestión en el proceso de especialización.

Luis de la Revilla Ahumada

Médico internista especializado en digestivo en el Hospital Clínico de Granada, por una vía de especialización anterior al establecimiento del sistema MIR. Trabajó en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen de las Nieves donde llegó a ser jefe de sección. Es entonces cuando, como miembro de la Comisión de Docencia del Hospital, se hizo cargo de la formación de los primeros residentes de Medicina de Familia. Se “divirtió” (tal como a él mismo le gusta decir) tanto con esta tarea que se entregó con gran dedicación a la creación del primer Centro de Salud de España, el de Cartuja, y a la elaboración de programas de salud, el primer programa docente (el de 1985, si obviamos el *Libro azul* de 1980, que muchos no lo consideran tal). Participó en la Comisión Nacional de la Especialidad desde 1984, con Amando Martín Zurro en la presidencia. En 1987 fue nombrado presidente de esta Comisión, cargo que desempeñó hasta 1990.

Luis de la Revilla integra con otros entrevistados, la lista de tutores hospitalarios que condujeron con entusiasmo los inicios de la especialidad de Medicina de Familia. Su relato era irrenunciable.

Ricardo Ruiz de Adana Pérez

Médico internista formado vía MIR en el Hospital Primero de Octubre (1978-1981). Participó en 1985 en el primer equipo del Centro de Salud de Parla (uno de los pioneros de la Comunidad de Madrid) que formaba los residentes del Primero de Octubre. En 1987 llegó a ser coordinador provincial del programa docente hasta 1991-92, sustituyendo a Angel Otero Pume.

Juan Luis Ruiz- Giménez Aguilar

Médico internista del Hospital de Vigo, del Servicio de Medicina Interna y de Cuidados Intensivos. Durante su periodo de residencia participó en el movimiento MIR, donde conoció a otros activistas que más tarde encabezarían el nacimiento de la especialidad de Medicina de Familia. Fue el tutor hospitalario de la Unidad Docente de Vigo y puso en marcha el primer Centro de Salud de esta ciudad. De 1982 a 1983 se formó en Salud Pública en Cuba. A su vuelta trabajó como asesor de José M^a Carro Ramos y José Manuel Rivera en el equipo que llevó el proceso de reforma de la Atención Primaria hasta 1984. Desde 1985 hasta 1986 fue Director de Salud Pública de Castilla la Mancha. De 1986 a 1988 trabajó como médico de familia en el Centro de Salud Gómez Acebo de Villaverde en Madrid y, desde 1988 hasta ahora, en el de Vicente Soldevilla de Vallecas.

Lo que atrajo mi interés por concertar una entrevista con él fue su dedicación a la participación comunitaria. El conocimiento de su trayectoria como activista MIR, tutor hospitalario y gestor, fue posterior y contribuyó a configurar una tipología de personas con un pasado comprometido que se involucraron en la reforma e impregaron con su espíritu transformador el nuevo modelo de Atención Primaria y la especialidad.

José Saura Llamas

Médico de familia de la primera promoción de Murcia (1979-1982). Creó con el resto de los residentes de su promoción el primer Centro de Salud de Murcia (Cabezo de Torres). Su entrevista aportó el discurso de los médicos de familia que lucharon por sacar adelante la especialidad y la reforma, con escasos apoyos, incluso con la

oposición del hospital y de la Administración local. Es el discurso de los que contribuyeron al desarrollo de la especialidad desde la asistencia, sin acceder a ningún puesto de decisión.

José M^a Segovia de Arana

Médico internista. Profesor adjunto de Patología Médica de la Facultad de Medicina de Madrid, en 1957. En 1962 obtuvo la Cátedra de Patología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela. Fundador y director de la Clínica Puerta de Hierro de Madrid de 1964 a 1992. Director del departamento de Medicina Interna y decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid (1967-79), que con la clínica Puerta de Hierro, representaban los frentes más vanguardista de cada línea.

Promotor del sistema de formación especializada MIR y presidente del Consejo Nacional de Especialidades Médicas (1978-1983). Como Secretario de Estado de 1979 a 1980 diseñó un modelo de reforma sanitaria que incluía Centros de Salud y médicos de familia. Fue el primer presidente de la CNE de la especialidad de Medicina de Familia desde 1978 a 1983. Creador y director del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (1980-1986). Desde 1992 hasta el año 2000 fue presidente del Consejo Asesor de Sanidad.

Su trayectoria hacía inexcusable su entrevista, que resultó ser lo que en historia oral se llama relato balance, propio de las personas que tienen construida su narración en función de unos juicios de valores muy madurados y mantienen constantemente la voluntad de transmitirlos al entrevistador. En ese sentido fue una entrevista poco permeable a mis preguntas.

Elia Sevilla García

Licenciada por la Universidad Complutense de Madrid, en 1978. Médica de familia de la segunda promoción en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada (1980- 1983). Procedía del rotatorio. Colaboró en la apertura del Centro de Salud de Cartuja en 1981 y en la del Centro de Salud del Albaycín en junio de 1982, del que ha sido directora durante muchos años. De 1991 a 1994 fue directora de un distrito de Sevilla y ha alternado puestos de gestión y sindicales, con el trabajo asistencial. Elia Sevilla representa aquella generación de residentes que puso en marcha los dos primeros CC.SS. de Granada.

Francisco Vázquez Troitiño

Médico de familia de la primera promoción de residentes (1979-1982), en el Hospital Juan Canalejo de la Coruña. Procedía del rotatorio del Hospital Clínico de Granada. Puso en marcha, con los residentes de su promoción, el legendario Centro de Salud de Cambre, donde se realizó una de las primeras experiencias de participación comunitaria de nuestro país. Cuando terminó, aprobó las oposiciones a APD y ejerció en un pueblo de Lugo. La paralización de la reforma de la Atención Primaria en Galicia, le obligó a buscar otros sitios donde poder poner en práctica sus principios, como le ocurrió a muchos médicos de familia gallegos. Desde la Administración se le ofreció realizar un máster de Salud Pública en México y, a su vuelta, participó en la puesta en marcha de la reforma en Castilla La Mancha, junto con Juan Luis Ruiz- Giménez Aguilar.

José Luis Turabian Fernández

Licenciado por la Universidad Complutense de Madrid en 1978. Realizó la especialidad de Medicina de Familia entre 1982 y 1984, en el Hospital de Talavera de la Reina. El tercer año lo realizó en Real de San Vicente, un pueblo toledano de la Sierra de Gredos. Desde 1984 trabaja en el Centro de Salud de Polígono de Toledo, pionero en España en la puesta en marcha de Consejos de Salud. Realizó su tesis doctoral sobre Educación para la Salud y amplió su formación en esta materia en Gales, donde realizó un curso de desarrollo comunitario de tres meses en 1990. En 1991 siguió un curso de Salud Pública en Cuba. A su vuelta pasó un tiempo como asesor en la Consejería de Sanidad de Castilla la Mancha. Fue entonces cuando comenzó su labor docente participando en la formación de trabajadores sociales interesados en el funcionamiento de los Consejos de Salud.

Mi interés en entrevistarle se justifica por ser ampliamente conocida su dedicación a temas de participación comunitaria. En 1992 publica su libro: *Apuntes, esquemas y ejemplos de Participación Comunitaria en la salud*. Es articulista prolífico y director de la revista *Dimensión Humana*.

ANEXO III. SELECCIÓN DE ENTREVISTAS

1.

Entrevista a Esteban de Manuel Keenoy, Zaragoza 10 de septiembre de 2004

A.: Empecemos por el principio. Tú eres residente de la primera promoción.

E.: Sí, yo soy la primera persona en España que cogió Medicina de Familia.

A.: Eso me dijo también Troitiño, que él fue la primera persona.

E.: Fui yo, pero a ver (riendo) qué número tuvo él y a ver qué número tuve yo.

A.: Me lo dijo pero no me acuerdo pero, bueno, entonces tú eres el primero.

E.: Vamos, al menos eso me dijeron los del tribunal cuando cogí, "Vd. es el primero"

A.: Entonces dime por qué cogiste Medicina de Familia, porque fue una aventura....

E.: Porque en realidad yo cogí Medicina de Familia porque quería hacer Salud Pública, entonces me parecía que la mejor manera de hacer Salud Pública era conocer los distintos ámbitos de la medicina, tanto hospitalario, el programa de la especialidad no existía, pero lo que decían era que se iba a pasar por distintos servicios, y luego por la atención primaria, y entonces pensé que me daba una perspectiva del sistema de salud muy importante, esa fue la motivación real por la que cogí Medicina de Familia.

A.: Pero ya había Medicina Preventiva, porque nacieron a la vez.

E.: Pero me pareció mucho más apropiado conocer la clínica.

A.: Entonces te embarcaste en esta aventura ¿y desde el principio formaste parte de la coordinadora de residentes?

E.: Sí, vamos, yo creo que sí, que prácticamente desde la primera reunión. Yo hice la especialidad en la Clínica Puerta de Hierro, y estábamos catorce residentes y

nos encontramos que llegamos a un hospital de tercer nivel de aquella época, de referencia en España para muchísimas especialidades, llegábamos los médicos de familia en lugar de los rotatorios y claro, nadie nos esperaba, ni sabía para qué teníamos que estar en el súper hospital Puerta de Hierro, que qué pintábamos allí, la mayoría de la gente salvo contadas excepciones, y a partir de ahí, pues claro, no nos quedaba más remedio que juntarnos los catorce, y empezar a ver qué se podía hacer, nos habían asignado unas rotaciones, eso sí, y una de las primeras cosas que surgieron fue ponernos en contacto con otros que estuvieran en las mismas condiciones que nosotros, y de ahí salió la coordinadora.

A.: ¿Dónde os reuníais? ¿En Madrid?

E.: Sí, yo creo que fue en Madrid, que era el centro geográfico. Sí hubo reuniones y nos reuníamos... ¿dónde nos reuníamos? Pues en el Doce de Octubre, que entonces era todavía Primero de Octubre, yo creo. Era un sitio habitual de reuniones, y en algunos otros sitios, pero ahora mismo no me acuerdo, en cualquier caso, en Madrid.

A.: ¿Cómo surgió la idea de convocar la reunión de Marzo del 80 en el Ministerio ¿Cómo fue eso?

E.: Vamos a ver, ya no me acuerdo muy bien, Puerta de Hierro era un sitio especial, porque Segovia de Arana, que es la persona que impulsó la creación de la especialidad, por encargo de Sánchez de León, era el director de Puerta de Hierro. Entonces veía la Medicina de Familia como una criatura suya, hay discrepancias sobre eso, pero a él le parecía que sí. Entonces nosotros, en Puerta de Hierro, teníamos interlocución privilegiada con Segovia de Arana, era de las excepciones que decía antes, pero luego aún más, el Subdirector General de Formación del INSALUD, no me acuerdo del título exacto del cargo, pero era el responsable de los MIR, era Ortiz Berrocal, que era el jefe de servicio de Medicina Nuclear de Puerta de Hierro. Entonces teníamos una interlocución privilegiada. A la hora de a quién había que plantear nuestros problemas, pues a Ortiz Berrocal y Segovia de Arana, y dentro del equipo de Ortiz Berrocal había una persona también, Ramón Sopena, que es una persona clave, no sé si te ha salido ya...

A.: ¿Sopena Monforte? sí, lo conozco por la introducción que hace en el *Libro Azul*.

E.: Pues es una persona clave, asesor de Ortiz Berrocal, digamos que fue la persona que más nos ayudó a resolver los problemas con el pleno apoyo de Berrocal.

Entonces a partir de ahí no me acuerdo de cómo fue el mecanismo de ponernos en contacto, pero una de las cosas que enseguida surgió fue la necesidad de establecer qué era esto de la Medicina de Familia, un programa, uniformar, y entonces se aprobó la creación de una comisión, al menos con residentes de Madrid, para crear ese programa, y se creó un grupo de trabajo, y nos empezamos a reunir en el INSALUD, en Alcalá 56, y entramos en contacto con el resto de residentes de toda España, y conjuntamente salió, por un lado el programa, y por otro la necesidad de establecer esas primeras jornadas de Marzo donde, digamos, se planteaba el futuro de la especialidad y en qué consistía y todo eso.

A.: ¿Había tutores hospitalarios en esa comisión o solamente residentes?

E.: No, yo creo que en aquella época, en ese grupo de trabajo, en esa comisión éramos residentes sólo, que yo recuerde, han pasado veinticinco años, éramos residentes. Luego ya sí que, a medida que se creó la coordinadora, ahí entraron tutores hospitalarios, de unas provincias más que de otras.

A.: En Puerta de Hierro ¿tuvisteis desde el principio a Enrique Fryeiro?

E.: No.

A.: ¿A quién tuvisteis al principio? ¿te acuerdas?

E.: ¿En Puerta de Hierro a quién tuvimos al principio? La verdad es que en Puerta de Hierro nunca tuvo mucha importancia el tutor hospitalario. Fue mucho más los residentes los que nos movimos pero... ¿a quién tuvimos al principio?, no me acuerdo. Enrique Fryeiro, en un momento determinado, los residentes de Puerta de Hierro, entramos en contacto a través de... hicimos revisiones bibliográficas, nos encontramos lo que era la Medicina de Familia en Estados Unidos, la Family Medicine y empezamos a buscar refrendo internacional a lo que se estaba haciendo aquí y digamos, demostrar que la Medicina de Familia era una especialidad, una especialidad con contenidos y que podía ser científica y que era necesaria y todo esto, optando por la vía de la investigación... y entramos en contacto, no me acuerdo el nombre, con un profesor de *Family Medicine*, de Estados Unidos, que había escrito uno de los libros principales de *Family Medicine*, que no era el Taylor, que era otro, y alucinantemente, nos contestó superamable, mostró interés. Entonces nosotros, la otra cosa que hicimos fue..., "necesitamos a alguien aquí, que de alguna manera sea el refrendo", entonces fuimos nosotros a buscar a Fryeiro para ver si quería ser tutor hospitalario, y le pusimos en contacto con este profesor americano, y a partir de ahí le facilitamos el viaje y él fue a Estados Unidos y volvió y a partir de ahí empezó un planteamiento, vio

que la Medicina de Familia podía darle una salida a su problema profesional, porque en aquel momento tenía un problema importantísimo en el hospital, puesto que estaba enfrentado a su jefe de servicio, y entonces no tenía hueco en el hospital, y entonces se enganchó con las ideas que se trajó de Estados Unidos, hizo un planteamiento de la Medicina de Familia, que a él le parecía que así era como tenía que ser, pero para entonces ya había habido mucho recorrido por parte de los residentes. El problema que nos encontramos fue que el planteamiento de Medicina de Familia que él hacía no estaba de acuerdo con el planteamiento de Medicina de Familia que hacíamos los residentes, ni los de Puerta de Hierro ni el conjunto de residentes de España, que hacíamos muchísimo más hincapié en aquella época en toda la parte de medicina comunitaria, sin despreciar la clínica, pero nos parecía que eran fundamentales todos los aspectos de medicina comunitaria, incluido el diagnóstico de salud, y eso a Fryeiro le parecía que no... porque en la Medicina de Familia de Estados Unidos, eso no tenía peso. Lo que planteaba era un enfoque muchísimo más clínico. Entonces ahí empezó el desencuentro con Fryeiro. Hubo un enfrentamiento importante, él tuvo el apoyo institucional de Segovia de Arana. Los residentes que estábamos en Puerta de Hierro, por entonces a nivel del hospital, nos habíamos ganado nuestro prestigio clínico, pues éramos gente, pues buenos clínicamente y muy trabajadores y con muchas ganas, y que habíamos cogido Medicina de Familia con números muy altos, y de hecho dos residentes nos volvimos a presentar a la segunda convocatoria MIR al siguiente año, uno de ellos sacó el 12 y yo el 25, y nos quedamos en Medicina de Familia, con lo cual quedó claro que teníamos números mejores como especialidad que otros residentes, como los de Medicina Interna y Neurología, por ejemplo, que eran los "guays". Entonces, a partir de ahí, cambió el cómo nos veían en el hospital. Total que hubo un enfrentamiento con Fryeiro que a nivel personal fue muy duro, porque supongo que él se sentía traicionado por nosotros también, y se planteó una disyuntiva sobre donde íbamos a hacer el tercer año extrahospitalario. Entonces él hizo la propuesta de Pozuelo, y nosotros en aquella época, estamos hablando del año 81- 82, nos parecía que había que ir a una zona mucho más necesitada. Entonces hicimos el planteamiento de ir al sur de Madrid, concretamente a Leganés. Para entonces habíamos entrado en contacto con la gente del centro de Medicina Comunitaria del Doce de Octubre, estaba Teresa Sánchez Mozo, no sé si te habrá aparecido su nombre en algún momento, y entramos en contacto con José María Rivera que estaba, no sé exactamente qué puesto tenía, pero era inspector, que había sido residente de Medicina Interna en

Puerta de Hierro y que trabajaba en Leganés, y nos ofreció la posibilidad de establecer la Unidad Docente de Puerta de Hierro en Leganés, claro desde el punto de vista... era un poco ilógico porque era el otro extremo fuera del área de referencia de Puerta de Hierro, era [zona] del Doce de Octubre, pero en aquella época estaba de responsable de sanidad en el ayuntamiento de Leganés Pablo Recio, que luego fue consejero de salud del PSOE en Andalucía. Entonces, dentro de todas las movidas que hacíamos los residentes, [una] era entrar con los partidos políticos para que nos apoyaran y todo eso. Los que más nos apoyaron, lógicamente, fueron el PCE, que estaba Javier Rey del Castillo que luego fue director general, como responsable de sanidad del PCE, y Pablo Recio, que era responsable de sanidad del PSOE. (...) Entonces, como Pablo Recio estaba en Leganés, también le interesaba que allí se creara una unidad docente, y se potenciara la idea de atención primaria, los centros de salud etc, etc.. pero finalmente eso no salió así, no me acuerdo exactamente, si llegamos a un pacto o se nos desautorizó, hubo una bronca tremenda, y entonces fuimos al Centro de Salud de Pozuelo, con Fryeiro de tutor. Yo creo que llegamos a un entendimiento cordial, llegamos a la idea de que había que hacer diagnóstico de salud en Pozuelo y programas. (...) como adjuntos a él, la palabra exacta y el título tampoco me acuerdo, puso a dos ex-residentes suyos de Medicina Interna y eso para nosotros fue el colmo del agravio, claro, porque ¿cómo ponía a dos residentes de Medicina Interna, cuando estábamos nosotros los residentes de familia que éramos los que habíamos hecho el programa de la especialidad, que habíamos trabajado desde el 79, que le habíamos puesto en contacto con los americanos, nos pareció que eso ya,...yo creo que allí ya...

A.: ¿Quiénes fueron los adjuntos? ¿Ana Álamo y Leandro Fraile?

E.: Exacto, eso es.

A.: La verdad es que eso es extraño, porque en ningún otro sitio se llevaron adjuntos de Medicina Interna.

E.: Se fiaba de ellos, y no se fiaba de nosotros.

A.: ¿Qué hacían realmente? ¿Pasar consulta o supervisar?

E.: Pues ya no me acuerdo, en realidad tampoco hacían muchas cosas porque nosotros tampoco les dejábamos hacer, es decir, éramos muy autónomos ya por aquella época. Era la época de la transición, si no nos parecía bien pasábamos e íbamos a nuestro aire.

A.: ¿Y con Benjamín Ibarrola que era uno de los médicos que cedieron el cupo?

E.: Vamos, prácticamente cedieron los cupos. Benjamín Ibarrola estaba más motivado, era más joven, tenía relación con Fryeiro, tampoco recuerdo yo que participara de una forma muy activa, pero si algo más activa (...) yo estuve en el Centro de Salud de Pozuelo al final sólo seis meses, o sea que tampoco te creas. Era un chalecito que alquilamos con los medios que nos puso el ayuntamiento. Estaba Emiliano Rodríguez, que había sido jugador de baloncesto del Real Madrid, y era el responsable de todas esas cosas, y la verdad es que se apoyó mucho desde el ayuntamiento.

A.: Segovia de Arana, al que entrevisté hace unos meses, me dijo que a Enrique Fryeiro lo puso él.

E.: Sí, sí claro él le apoyó pero nosotros lo propusimos, nosotros le animamos y le dijimos que esto era una cosa de mucho futuro.

A.: ¿Y por qué le buscasteis a él?

E.: Porque nos parecía que era una persona, en fin, que nos hacía falta una persona con peso en el hospital, con prestigio, que quisiera dedicarse a esto, nos parecía que reunía el perfil, de hecho yo sigo pensando que lo reunía, el problema es que en aquella época él tenía una agenda muy determinada, y creo que una visión de lo que eran los adjuntos, los jefes de sección y los residentes muy clásica, probablemente la que es ahora, pero en aquella época de revolución, no estábamos de acuerdo, vamos nos parecía que éramos tan importantes como él y que si esto lo habíamos empezado nosotros, no le íbamos a dejar que ahora lo decidiera él todo. La discrepancia fundamental fue todo el tema de la medicina comunitaria.

A.: Sin embargo, él fue el director del Centro Internacional de Medicina de Familia, de orientación latinoamericana.

E.: Pero eso fue posterior.

A.: Pero no cuadra.

E.: Yo creo que no tenía la visión que nosotros teníamos entonces de programas de salud comunitarios, no sólo actividades preventivas a nivel individual, actuar más sobre la comunidad, incluso con elementos de salud medioambiental, que ahora ya prácticamente no se llevan, pero en aquella época pensábamos que tenía que ser salud integral, porque otro de los modelos que teníamos en cuenta a la hora de desarrollar la Medicina de Familia fueron las experiencias de Montánchez y Tirajana, que no sé si te han salido, fueron muy importantes con José Carro y José Joaquín O'Sanahan, habían publicado algunas cosas, de alguna manera la visión social de la

Reforma Sanitaria, para nosotros era importantísima, y para Fryeiro eso no era lo que tenía que ser la Medicina de Familia. La Medicina de Familia tenía que ser una buena medicina clínica, que está muy bien, probablemente si ahora habláramos, no tendríamos tantas discrepancias como las que teníamos entonces, pero en aquella época... Yo creo que a Fryeiro nunca le preocupó la Atención Primaria, le preocupaba la Medicina de Familia, en cambio a los residentes de Medicina de Familia, incluidos los de Puerta de Hierro, los catalanes... les preocupaba más la Atención Primaria que la Medicina de Familia, por decirlo de alguna manera, nuestro énfasis fue mucho más sobre cómo reorganizar la Atención Primaria mediante la creación de centros de salud, donde se integrara la Medicina de Familia. Pero también el nuevo rol de enfermería, los psicólogos, e incluso los antropólogos, hablábamos de eso, nosotros éramos más de Salud Pública que de Medicina de Familia, por decirlo de alguna manera, algunos de los que estábamos allí, y de hecho, cuando ganó el PSOE, que ganó inmediatamente en el año 82, yo acabé la residencia en mayo del 82, y ya en octubre del 82 ganó el PSOE, y una de las primeras cosas que planteó el PSOE en su programa electoral fue la creación de centros de salud y todo eso, y de hecho la gran victoria del famoso encierro del Colegio de Médicos, que eso sí te habrá salido, seguro, fue un decreto creo que fue, o una orden ministerial con la creación de unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, que sacó la UCD inmediatamente después del encierro, que fue el logro del encierro que nunca se llevó a la práctica, porque enseguida ganó el PSOE y nunca se aplicó.

A.: Te refieres al Real Decreto por el que se crearon las 50 unidades piloto en septiembre del 82.

E.: Eso es.

A.: ¿Nunca se llevó a la práctica?

E.: Que yo sepa nunca se llevó a la práctica, pero eso fue el logro del encierro, fue una victoria increíble, o sea que un encierro en el que los residentes saquen una orden ministerial es alucinante, pero nunca se llegó a aplicar porque en seguida se creó la reforma de la atención primaria, una cosa muchísimo más ambiciosa que superó con creces...

A.: Revisando el *Libro Azul* y el *Libro Verde* vi unas diferencias importantes entre uno y otro. ¿Qué pasó en los diez meses que pasan entre una y otra edición?. Me parecía que el *Libro Verde* se acercaba algo más el esquema de Segovia de Arana, en

el que los médicos de familia compartían responsabilidad y puestos de trabajo con otros especialistas y preventivistas.

E.: Una cosa es lo de Segovia de Arana y otra el *Libro Verde*. El *Libro Verde* y el *Libro Azul* son diferentes pero no incoherentes. El *Libro Verde*, la primera edición, fue el resultado del trabajo de los residentes de Madrid, en el INSALUD con Ramón Sopena y Ortiz Berrocal, es decir, ellos eran plenamente conscientes, o sea, habían puesto en marcha la especialidad sin nada. Entonces, nos juntamos y nos pusimos a trabajar y conseguimos este libro, como fruto del trabajo, yo creo que fundamentalmente fueron residentes de Madrid, aunque contactaríamos con los demás y presentamos a las jornadas los resultados, que fijate los primeros residentes nos incorporamos en mayo del 79 y en octubre ya estábamos trabajando para conseguir sacar esto, que fue una revolución, porque efectivamente lo que ponía en este libro, en un libro del Instituto Nacional de la Salud, ponía lo contrario a lo que estaba diciendo Segovia de Arana en ese momento, y sin embargo Ortiz Berrocal y Ramón Sopena, no nos cambiaron ni una coma, es lo que supimos hacer en la versión primera, y nos dio un respaldo de que el INSALUD sacara una cosa, un modelo de centro de salud con el papel del médico de familia importantísimo, yo creo que nunca le agradeceré bastante que se atreviera en aquella época con los R1 recién llegados a que escribieran un libro, estamos hablando de un año después de la Constitución, o sea que casi franquismo todavía, y salió esto así. Este libro de alguna manera sirvió, entre otras aportaciones de los gallegos, de Granada, catalanes y otros, sirvió como base un poco para discutir ya en las jornadas de marzo, y con las aportaciones de las jornadas de marzo, ya sacamos la segunda edición, que ya se editó bien y que conseguimos que a pesar del cabreo que tenía toda la gente del INSALUD de como salieron esas jornadas, de como acabaron, Ortiz Berrocal todavía tuvo el valor de financiarnos la publicación del *Libro Azul* y ponernos el sello del INSALUD, cuando lo que decía en el *Libro Azul* como tú muy bien has detectado, las ideas de los residentes, no eran las de Segovia de Arana. Efectivamente, Segovia de Arana, y no me acordaba yo, pero ahora me lo has recordado, su visión era mucho más de los médicos de familia y los especialistas, pero casi con la tutoría de los especialistas, porque no era todo lo valiente que tenía que ser desde nuestro punto de vista.

A.: Ayer revisaba una entrevista que te hacían en Tribuna Médica, y decías que la resolución de abril del 81, que es la que pone en marcha el tercer año, hacía caso omiso de lo que propusieron los residentes,...

E.: No me acuerdo.

A.: Sin embargo Martín Zurro me decía que él sí tenía la sensación de haber sido escuchado en el ministerio.

E.: Fíjate si nos escucharon que nos publicaron los libros. Absolutamente de acuerdo, nos escucharon totalmente, lo hicimos nosotros, vamos no solamente nosotros, también los tutores. Porque el enfrentamiento entre tutores y residentes, sólo se dio en Puerta de Hierro. Que, que yo recuerde, en general, [en otros sitios] eran una piña tutores y residentes, porque normalmente los tutores de otros sitios eran gente muy progresista que había estado en la coordinadora MIR y todo eso, cosa que Fryeiro era muy conservador, muy buena gente, muy buen médico, pero conservador. Bueno, conservador tampoco sería cuando se metió en esto, a nosotros nos parecía muy conservador en comparación con nosotros y con otra gente que estaba como tutores.

A.: Bueno, sigamos. Entonces llega el encierro del 82. No perdona, antes de eso enviáis una carta a la OMS en el 81.

E.: Sí, en el año 80, en las jornadas esas hubo un riesgo de fractura entre los residentes.

A.: ¿Ah sí? Cuenta..

E.: Por eso porque te habrán contado la versión de los granadinos que se sentían muy héroes. Pero los de Madrid nos sentíamos muy mal, sentimos que nos habían... digamos, nosotros habíamos organizado el congreso, nosotros trabajamos muchísimo para realizar ese congreso, conseguimos que viniera el ministro, conseguimos darle una relevancia a la Medicina de Familia, que el ministerio no se lo hubiera dado, porque les daba igual. En aquella época, que venga el ministro y tal, tuvimos la sensación de que nos lo habían reventado, los gallegos y los granadinos. Después, como se hacía en aquella época, negociamos entre nosotros, aceptamos que estaba bien que hubiera pasado lo que pasó.

A.: ¿Pero por qué os sentisteis traicionados? ¿Porque eran muy heterodoxos?

E.: No me acuerdo bien, porque abuchearon a no sé quien.

A.: Los de Galicia trajeron unas consignas muy revolucionarias.

E.: Sí, que desaparezca el título de médico de familia y se queda en medicina comunitaria, o sea, vamos, se pasaron cantidad en todo eso. Nosotros que lo habíamos organizado todo en plan institucional, ellos vinieron en plan asambleario, de comités de lucha obrera, entonces aquello fue, vamos que nos enfadamos muchísimo, los que

habíamos metido muchas horas, y lo habíamos pactado absolutamente todo con la coordinadora, que no nos inventamos nada. Y a Ortiz Berrocal, que había estado apoyando mucho, le pusimos los residentes en una situación absolutamente difícilísima, claro, después de estar apoyando, de facilitar, de repente se encuentra que poco más y le echan huevos al ministro y a Segovia de Arana, entonces...

A.: Os apagaron las luces

E.: Nos echaron, al final nos echaron del ministerio, o sea, muy divertido, pero luego hubo unas negociaciones entre los residentes de Madrid con el resto y al final evitamos que hubiera una quiebra en el movimiento de residentes y quedó todo muy bien, quedamos muy majos los de Madrid, porque al final dijimos que nos parecía muy bien lo que habían hecho, pero no nos parecía nada bien. De hecho, hubo gente que a partir de entonces cortó su trabajo en esa línea con la coordinadora, como José Luis Román. José Luis fue a presentar su ponencia con corbata, y poco menos que le dicen que era el tío Sam, vamos que eran unos tiempos muy movidos.

Me preguntabas por la carta a la OMS. No recuerdo bien, hubo varios intentos. En el 82 en el encierro, uno de los acuerdos que se adoptaron fue ir a la OMS para que nos apoyaran, bueno, como yo hablaba inglés, y yo había escrito, dijeron pues ve tú a la OMS, y me fui a la OMS.

A.: ¿Te fuiste tú sólo?

E.: Me fui yo sólo a Copenhague, ahora te cuento. El acuerdo fue, no sé cuanto tiempo estuvimos encerrados, que había que ir a la OMS a buscar su apoyo. Total el hecho es que hicimos una suscripción compramos un billete y me fui a Copenhague a pedir una entrevista al director de la OMS y curiosamente no me recibió el director de la OMS, pero me recibió un alto cargo de aquel entonces, que era polaco, Wojtcack, se llamaba, director de planificación, yo no me acuerdo si estaba Hannu Vuori en aquel momento, que era el responsable de primaria, que probablemente sí que había estado en contacto con él anteriormente, no me acuerdo ahora, quizá fuera Hannu Vuori el que facilitó que me recibieran, no sé, total que me recibieron y yo les expliqué que éramos médicos de familia, que estábamos en el encierro y que necesitábamos que nos apoyaran frente al gobierno español para que saliera la medicina de familia y los centros de salud, entonces me dijeron que ellos no podían enfrentarse al gobierno español y tal y cual, entonces estuvimos viendo qué fórmula podían hacer para que aunque no fueran contra el gobierno, sí que nos apoyaran, entonces estuvimos elaborando una carta, y nos dijeron "pues ya la mandaremos", "no

de eso nada, yo me la tengo que llevar porque tengo a los residentes encerrados y como yo vaya sin una carta me matan”, entonces escribimos la carta y me la firmaron, y yo “no, no pero tiene que tener registro de salida”, porque para entonces ya sabíamos de ir al ministerio, que si no había registro..., entonces hasta conseguí que pusieran el registro de salida, y entonces con esa carta, que me dirigió a mí, pues no la podía dirigir al ministerio [aquí lee la carta] Le llevé el *Libro Verde* y entonces dijo que le había resultado muy interesante a la OMS, eso nos venía también muy bien, porque nos avalaba en Madrid, queríamos que apoyaran nuestras reivindicaciones de los centros piloto, y entonces conseguí que pusiera lo de los centros pilotos, tiene que poner...

A.: Cuando lees la carta piensas que estos no se mojan mucho, porque dicen que no pueden hacer nada en contra del gobierno

E.: Por supuesto, pero la carta está al dictado, y entonces, que la OMS escribiera una carta con las cosas que nosotros queríamos en una asamblea en el encierro del Colegio de Médicos, (...), hombre que la carta está hecha al dictado es mucho decir, pero realmente entonces tenía que poner que efectivamente lo tenían que hacer las autoridades sanitarias, y con esta carta, más contento que un ocho me volví al encierro, lo presenté y aquello fue la hecatombe. Además llevaba caramelos que compré en Copenhague.

A.: ¿Y ya dejasteis el encierro?.

E.: No, que va, con esa carta pedimos entrevista en el ministerio para decir que la OMS apoya esto, se quedaron alucinados, cómo que la OMS apoya esto, entonces cuando vieron la carta, cambió el tono de los responsables del ministerio y prometieron sacar las unidades piloto, salió la orden y entonces ya dejamos el encierro.

A.: ¿Qué pasó cuando acabaste la residencia?

E.: Cuando acabé la residencia pasaron varias cosas, en el año 81, cuando el síndrome tóxico, eso fue muy importante para los médicos de familia de Madrid, porque de alguna manera nos confirmó la teoría de la necesidad del enfoque de salud pública, de prevención, y participamos de una manera muy intensa en los estudios epidemiológicos para averiguar la causa del síndrome tóxico. Entonces, en Pozuelo fue uno de los sitios donde más impacto tuvo el síndrome tóxico, y en Puerta de Hierro hubo gente que se dedicó a la parte clínica, (..) y nosotros [lo estudiamos] desde el punto de vista epidemiológico, de salud pública, bajo el liderazgo de Andreu Segura, que es un epidemiólogo de Madrid, que le llamaron del ministerio para estudiar el

brote. Se diseñó un estudio epidemiológico para averiguar si el síndrome tóxico era por ejemplo fruto de la psitacosis de los pájaros, hicimos unas encuestas, fuimos por todos los domicilios, y eso reforzó el papel de los médicos de familia en contacto con los pacientes, en contacto con la realidad de la salud pública, pero también eso reforzó mi vocación por la salud pública y la organización de la atención primaria, la gestión, con lo cual cuando acabé la residencia, pedí una beca y me fui a hacer Salud Pública a Londres, y a la vuelta ya me fui a Andalucía a la dirección general, a hacer la reforma de la atención primaria, y entonces me quedé en lo que había sido mi vocación inicial, que era organización, gestión y salud pública.

A.: Podemos dar por acabada la entrevista. Muchas gracias por todo.

2.

Entrevista a Ernestina Presser, Bilbao 22 de junio de 2004

E.: ¿Cómo empezó todo para mí? Pues mira lo mío fue muy curioso, porque cuando yo llegué a vivir aquí, porque yo soy...

A.: Chilena

E.: No, yo soy aragonesa, lo que pasa es que tengo el acento porque viví en Chile (...), y me licencié en Salud Pública. Había estado de profesora en la facultad de Medicina de Salud Pública, hacíamos Salud Pública para muchas carreras, en la facultad de Medicina en la Universidad de La Concepción, (...) Concepción sería como la tercera ciudad de aquí, y allí era muy demandada la especialidad, y yo me especialicé además en planificación sanitaria, y cuando llegué aquí me encontré con la sorpresa de que, en primer lugar, no había ministerio de Sanidad, la sanidad era competencia de todo, del Ministerio de Agricultura, del de Interior, del de Trabajo, bueno ... una cosa, y que, bueno, Salud Pública era al menos en lo que se podía trabajar, era una asignatura que le llamaban Higiene y poco más, hablaban algo de las aguas y qué se yo, pero la Salud Pública entendida como la entendemos ahora, nada. Entonces, como farmacéutica, empecé a trabajar en un laboratorio que hay aquí, y tenía un compañero biólogo y (...) resulta que este chico tenía una hermana que estaba haciendo el MIR de pediatría y la escuchaba hablar, (...) esto en la preautonomía ya, y estos médicos aquí apoyaban una candidatura que apostaba por un cambio de sanidad y no sé cuánto, y querían hacer un plan de salud, por lo que hablando... "y no sabemos cómo hacer y con quién contactar y cómo poder hacer esto". Pues en resumen, este chico no tuvo la mejor ocurrencia que decir, pues yo tengo una compañera que algo parece que sabe de eso, y contactaron, y así hicimos el Plan de Salud de Vizcaya.

A.: La hermana era Charo López Quintana

E.: Sí con Charito López Quintana. Y era un grupo de médicos mayoritariamente hospitalarios, estaba Claudio [Cid de la Rivera] estaba Charito..., bueno, cantidad de ellos, y les dije que sí, que yo sí sabía de este tema. Entonces me pidieron que colaborara con ellos. Bueno, nos habíamos hecho íntimos, te estoy hablando de por lo menos hace treinta años. ¿Qué ocurrió con esto? Pues que en esto ya vinieron las transferencias, bueno, vino todo, se creó esta nueva especialidad médica, Medicina de Familia y Comunitaria, ya se había terminado con

el Plan de Salud..., yo, en vista de la situación, había decidido tener mi farmacia. Pero uno, que en el tiempo del Plan de Salud..., o mejor dicho, tanto el presidente como el vicepresidente de esa junta de gobierno de médicos, que habían ocupado altos cargos en el departamento de sanidad de la nueva autonomía, (...) de pronto se dan cuenta de que como requisito para la nueva especialidad tienen que hacer Salud Pública, y recurrieron a mí, y a Claudio, que en este tiempo le habían asignado como tutor de los médicos, y dijo, pues nada, e hicimos clases en Cruces durante todo un año, un año de asignatura completa, y me acuerdo de que (en) el departamento de sanidad financió un bus y traían a los residentes que estaban en Guipúzcoa y en Vitoria. Pero ¿qué pasó?, que a su vez, Claudio, como tutor, tenía reuniones con otros tutores para ver toda esta historia, que era un grupo muy majo de médicos de familia los que se formaron ese tiempo, y entonces los tutores decían, oye, cómo os lo habéis arreglado porque nosotros aquí..., bueno es que está Ernestina. Bueno, en resumen, que con una especie de cargo de conciencia, y si digo no, me siento culpable, y si digo sí, qué barbaridad, dejar todo tirado, me he recorrido media España haciendo cursos de Salud Pública para...

A.: Para todo el mundo, muchos me dieron recuerdos para tí, de Granada, de A Coruña...

E.: Sí, me acuerdo incluso que el tutor de los médicos de familia de Granada me llamó, y yo estaba tan desesperada, porque mira, es más fácil contar los lugares que no he tenido que ir a dar cursos que... Claro, como yo trabajaba, tenía que poner alguna condición: "puedo formaros los sábados y domingos", "sí, sí de acuerdo", todo el mundo de acuerdo, así que terminaba de trabajar aquí, y ¡hala! en tren o en bus, en coche, o en lo que fuera..., bueno, me ha tocado ir a un montón de lugares. Me acuerdo de esto, que en mi desesperación, me llama Luis de la Revilla, mire, he sabido que no sé cuantos, ¿podría usted venir? Y yo recuerdo que en mi angustia, pensé, bueno en Andalucía la Semana Santa es una cosa importante, así que contesté, sólo puedo ir en Semana Santa, y para mi desgracia, contestó de acuerdo, o sea que la Semana Santa de ese año me la pasé encerrada cerca del hospital, creo que era en la escuela de enfermería, en unas aulas que nos prestaron, y formamos a estos médicos, que a su vez..., fíjate, no sé si era una Caja de Ahorros que tenía una pequeña sucursal, como que les regaló, a título de no sé qué, un pequeño lugar para que hicieran sus prácticas... y tenían que echar a andar un centro de salud, que recuerdo que cuando nos volvimos a ver, me lo mostraron,

hasta un armario empotrado tenían para pesar a los niños, yo no lo podré olvidar, pero lo habían aprovechado todo muy bien y estuvimos haciendo allí todos los programas, cómo echar a andar un centro de salud, muy bien..

A.: Y dónde más estuviste, ¿en Cataluña?

E.: En Cataluña no. Estuve, vamos por regiones, ¿en Castilla la Mancha? Sí, en Toledo, y la segunda vez hicimos dos reuniones en Talavera de la Reina, la segunda no fue para formar médicos de familia, sino para formar a los entonces directivos de hospital. ¿Qué sé yo? Estuve en Guadalajara, en un pueblo, en Sigüenza. He estado en Galicia, en Santiago, en Coruña, en León, Salamanca, Valladolid, Soria, en Burgos y por supuesto, en Santander. También he estado en Oviedo, Cáceres, en Almería, en Jaén...

A.: ¿Y siempre eran los médicos de familia los que te lo pedían?

E.: Al comienzo eran médicos de familia, pero lo que ocurrió, ante la carencia de especialistas en Salud Pública, resulta que esos mismos médicos de familia..., hoy, me hace gracia, me los encuentro en cargos de los ministerios, los primeros, por ejemplo aquí en el departamento de Sanidad, incluso el que es viceconsejero de sanidad, fue alumno mío, y el consejero también, es decir, que los primeros cargos fueron ellos..., y entonces ¿qué ocurrió?, que en muchos de estos cursos se mezclaban médicos de familia con estos médicos que habían ocupado cargos de responsabilidad en la sanidad pública, que a su vez, conscientes de que había que formar gente a su alrededor me pedían ayuda, y además, mucho más adelante, el ministerio de sanidad central, el de Madrid, los médicos titulares de toda la vida, APD, creo que tuvieron la oportunidad de convalidar el título, entonces se les exigía como requisito también la Salud Pública, y a ellos también les di clase.

A.: Pero claro, eso no fue por iniciativa de los APD

E.: Los APD estaban interesados y con toda razón, qué culpa tenían de que una ley posterior a ellos, no les reconociera que eran médicos de atención primaria, pero a su vez la administración les dijo, de acuerdo, ustedes tienen que cumplir unos requisitos, y esos requisitos eran formarse en Salud Pública igual que los médicos de familia.

A.: ¿Y su motivación era buena?

E.: Sí, en algunos casos me acuerdo que, concretamente en Almería, que la administración aprovechó hacer un curso en el que incorporó a personal de enfermería, y los médicos, me acuerdo que..., yo no tenía ni arte ni parte en el tema,

se les veía muy molestos, pero en el transcurso del curso, de enseñarles cómo se trabajaba en equipo, todos estaban encantados, habían descubierto otra dimensión que ellos no conocían, pero me acuerdo que la recepción fue un poco distante. Pero muy bien, yo nunca tuve problemas con los alumnos.

A.: Cuando estuviste en Talavera, ¿estuviste en el centro de demostraciones sanitarias?

E.: Exacto, incluso en ese centro estuvimos durmiendo, es decir que estábamos como en una especie de retiro espiritual.

A.: ¿Allí formaste a médicos de familia o a médicos especialistas en Salud Pública?

E.: También a especialistas de Salud Pública, la primera vez fue a médicos de familia y la segunda vez que tuve que ir, porque fui dos veces a Talavera, ya fue a la administración, pero que era, en realidad, muchos médicos de familia que la administración incorporaba. Y luego, ahora me acuerdo bien, estuvimos en Palencia, y me acabo de acordar porque estuvimos en un lugar que era como un internado, y también en plan de retiro espiritual, con alojamiento y todo incluido, aprovechando que los niños ya estaban de vacaciones.

A.: Sí, porque todas estas visitas digamos que el lucro era poco.

E.: No era nada, me pagaban el viaje y el alojamiento, no te digo que era una especie de cargo de conciencia, lo hago o si no lo hago estos pobres no tienen..., ahora no, ahora es diferente, si no lo hago no va a pasar nada, pero en ese tiempo, poca gente estaba especializada en Salud Pública, y luego ya muchos se especializaron, los primeros aquí en Vizcaya me acuerdo, hicieron su máster en Salud Pública, y ya fue otra cosa.

A.: Háblame un poquito de los comienzos del plan este, porque yo no tenía apenas idea de este plan que me ha contado Claudio.

E.: Pues mira, ya te digo que había una candidatura de unos médicos que proponían una alternativa, yo creo personalmente, no soy médico ¿no?, pero creo que los médicos, sobre todo hospitalarios, veían algo frustrante su ejercicio profesional [y] frente a esta oferta de una alternativa nueva en la sanidad que iba a promover este candidato, pues le apoyaron muchos médicos, entre ellos toda esa gente que hemos conocido..., entonces, claro, una cosa era la alternativa, pero ¿qué es lo que era una alternativa? No lo tenían muy claro, y yo digo, lo que queréis vosotros como alternativa es un plan de salud, un plan de salud completo, es decir,

desde el punto de vista administrativo, sectorizar la autonomía, distinguir nivel primario, secundario, y terciario, establecer los centros de salud necesarios, todo, porque si no, no hay alternativa..., y así comenzamos. Fue una experiencia muy bonita, y un desafío, porque en ese tiempo, cuando acababa de fallecer Franco, estaba empezando a andar la democracia, te estoy hablando del año 76, y todavía había restos del antiguo gobierno. No fue fácil, tardamos un año en hacerlo, había que hacer un diagnóstico de la situación, identificar los problemas de salud, establecer las estrategias para cada problema, establecer los programas, todo ¿no? Hasta las camas que se necesitaban y los centros, estimamos, y nos encontramos con problemas, como que íbamos a pedir el censo de población y nos decían eso es un dato reservado no se puede dar, mire queremos saber la morbilidad, ah no eso es secreto, no se puede dar, ¿y las causas de defunción? Tampoco. Nos encontramos que la información era toda secreta. Bueno, este grupo de médicos fue un movimiento muy sano, porque se unieron sociólogos, economistas, bueno al final quedamos como cien personas, todo el mundo queriendo hacer algo, y decidimos dejarnos caer en un pueblo que fuera representativo de lo que era Vizcaya, para poder sacar datos y extrapolarlo a Vizcaya, y nos tiramos en dos buses en un pueblo que se llama Berritz, e hicimos un plan y de allí sacamos morbilidad, población... y, bueno, en el transcurso de ese año, el mismo colegio, con solicitud, entrevistándose con gente de la diputación, hablando con el alcalde de no sé cuanto y no sé qué, así gotita a gotita, nos empezaron a dar los datos de la población reales, y la verdad es que lo de Berritz fue bastante ajustado como muestra a lo que podía ser Vizcaya.

[Hasta aquí lo que a mi juicio parece lo más sustancioso de la entrevista, pues continúa con un relato más detallado del Plan de Salud, que tiene un interés marginal para esta investigación].