

ENTREVISTA



La doctora M.^a Teresa Sánchez Mozos tiene vocación de precursora. Fue la primera residente de la especialidad de medicina preventiva y salud pública, y en la actualidad dirige el primer centro de salud comunitaria que existe en el país.

Dra. Sánchez Mozos, directora del Centro de Salud Comunitaria Primero de Octubre

“Hay que trabajar en equipo para conocer al enfermo”

Esta lucense, que ha puesto en marcha un centro en el que se enseña un nuevo concepto de salud, y por tanto de medicina, sabe que la reforma sanitaria no se hace en unos años, pero hay que iniciarla, aunque sea lentamente. Propone el trabajo en equipo como único camino para llegar a conocer al enfermo y desea que las facultades de medicina se adapten a los nuevos patrones de enfermedad que se aprecian en nuestros días.

—¿Cómo surgió su vinculación con la medicina comunitaria?

—Al terminar el último año de carrera yo tenía intención de hacer una tesis, como paso previo a la tesis doctoral, y me surgió la oportunidad de hacer una investigación sobre la mortalidad infantil en Galicia. Durante el tiempo que duró tuve que aproximarme a la situación sanitaria de la zona y cotejar la mortalidad infantil con un montón de indicadores más. Esta aproximación, hecha desde el punto de vista de la salud pública, de alguna manera condiciona ya toda mi formación y mi dedicación a la medicina.

»Después, durante el período de residencia en la especialidad de medicina preventiva y salud pública, que hice en el Hospital Clínico de Santiago, me vinculé mucho con los médicos titulares y nos planteamos el ver cómo el hospital está imbricado en una determinada comunidad mediante el análisis de los enfermos que acudían. Nos interesaba saber de qué zonas eran, qué enfermedades abundaban más y otros aspectos de epidemiología descriptiva que completábamos posteriormente con trabajos de campo.

—¿A qué se debió el que usted se hiciera cargo del Centro Especial de Medicina Comunitaria?

—En 1979 vine a trabajar al servicio de medicina preventiva de la Ciudad Sanitaria Primero de Octubre, y aquí tomé contacto con el proyecto en el que ahora estoy trabajando. En aquel momento se iba a crear el hospital maternoinfantil y existía interés por parte de la Administración y de la dirección del hospital en aprovechar el edificio de una antigua escuela de enfermería, que no se había utilizado nunca, para reconvertirlo en un centro en donde la asistencia clínica se implemente con salud pública. En principio tiene una orientación mater-

noinfantil, pero después se ve que no pueden separarse a la madre y el niño del contexto familiar y del resto de la población, y se decide hacer un centro de medicina comunitaria, que empezamos a montar en abril de 1980.

—¿Cuáles fueron los planteamientos iniciales sobre los que empezó a trabajar en este centro?

—Lo que desea el INSALUD al crear el centro es que sea una experiencia piloto al que se adscriba una determinada población y en donde se forme un equipo que pueda, a su vez, formar nuevos equipos que se integren en la red asistencial primaria del país. Es decir, que un equipo multidisciplinar, compuesto por médicos, enfermería, psicólogos, sociólogos y asistencia social, similar al que trabaja en este centro, se ubique en una sectorial y puedan servir para supervisar las tareas del personal de medicina general, de enfermería, etc, desde el punto de vista de la salud pública.

—¿Cómo se ha desarrollado la vida del centro durante estos 3 años de funcionamiento?

—Bueno, pues, en el presupuesto general del Estado para 1981 ya se incluyeron los equipos necesarios para que pudiéramos empezar a funcionar y poco a poco se crearon las plantillas. Sin embargo, no se lleva a cabo la instalación de otros equipos en centros periféricos y sólo se mantiene éste, debido a los sucesivos cambios producidos en la administración sanitaria. Nosotros, lo primero que hicimos fue cubrir un sector de población, que comprende alrededor de 200.000 habitantes correspondientes a la zona sur de Madrid, en la que se encuentran dos sectoriales.

»Empezamos por la tarea de hacer una aproximación al diagnóstico de salud del área y a partir de ahí se monta un programa de vigilancia epidemiológica, que permite saber qué intervenciones hay que realizar en la zona.

—¿Cuál es la plantilla actual del centro?

—Pues ahora contamos con dos profesores médicos —un pediatra y yo—, diez enfermeras, diez asistentes sociales y en régimen de contratación y colaboración están dos psicólogos, un bioestadístico y un sociólogo, cuyas situaciones laborales parece que van a



normalizarse. Esto obedece a una concepción más integral de la salud, en donde los problemas ya no son resueltos por los equipos clásicos, médicos y enfermería, sino que deben participar profesionales con conocimiento del medio social.

—Según esta definición, ¿dónde está la línea de separación entre medicina comunitaria y medicina ambulatoria?

—En principio no debería haber diferencias. La medicina comunitaria es una manera de ejercer la medicina. Lo que pasa es que, para que la medicina tradicional, fundamentalmente organícista, incorpore otros aspectos que se consideran factores de riesgo se ne-

cesita la ayuda de otras disciplinas. Uno de los problemas con los que se encuentra hoy el médico en su consulta es que le resulta muy difícil hacer un diagnóstico físico de la enfermedad. A veces, ni siquiera llega a realizarlo, y tiene que aprender a escuchar y a darse cuenta de que en muchos casos se trata de problemas psíquicos o sociales. Para poder interpretarlos se necesitan unos equipos que digan al médico cómo tiene que actuar ante estos casos.

»Con ese sentido nace también la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Durante los años de posgrado el médico aprende de unas áreas de salud pública tradicional y de las ciencias sociales, y así aprende a manejar una historia, más compleja que la historia clínica habitual, que es la historia familiar. En ella se recogen datos que no son sólo de exploración física sino sobre la profesión del paciente, composición familiar, infraestructura del barrio en donde vive, etcétera.

—¿Cómo viene siendo la relación entre los médicos generales y este centro?

—El médico general debe acostumbrarse a tener un centro de referencia que le supervise o le programe otras actividades que no sean las propias de la asistencia clínica del paciente. El diseño de un programa de salud materno-infantil para una zona básica de

“Uno de los problemas que se encuentra hoy el médico en su consulta es que le resulta muy difícil hacer un diagnóstico físico de la enfermedad”

“El médico tiene que aprender a manejar una historia más compleja que la clínica, que es la historia familiar del enfermo”



salud tiene que salir del área sanitaria. Cada zona básica no puede hacerse su programa, si tiene que adaptarlo a la problemática de la zona pero las directrices generales tienen que venir de una lectura epidemiológica y las áreas son por lo menos de unas 200.000 personas. Si a esto se añade que se quiere enfatizar una visión de la salud pública, que es la salud comunitaria, en la que entran aspectos, no sólo de epidemiología, administración sanitaria, saneamiento etc., sino que además se imbrica una visión de la salud-enfermedad desde áreas de las ciencias sociales, nos encontramos con un nivel de referencia que necesariamente tiene que ser secundario.

-Sin embargo, los profesionales de atención primaria aún no están habituados a trabajar con este punto de referencia y teniendo en cuenta este compendio de factores.

-La Administración por el momento nos ha encomendado la docencia de médicos de familia, pero la última instancia es que diseñemos los cursos de reciclaje del actual personal de

"El centro de salud comunitaria es un segundo nivel de referencia para los médicos de atención primaria"

"Todos los profesionales de la medicina tienen deseos de hacer una asistencia distinta y han aceptado que los patrones de enfermedad han cambiado"

consultorios y ambulatorios que se quiera adscribir a las nuevas unidades básicas. Hemos diseñado una serie de cursos para coordinadores de los futuros centros integrados de atención primaria y, además, tendremos que hacer cursos más sencillos de reciclaje para los médicos generalistas y pediatras de

atención primaria. No podemos esperar a que se creen los CIAP, aunque la Administración diga que son inminentes.

»Por otra parte, la reforma de la atención primaria no es cuestión solamente de que se creen los CIAP. Es un proceso muy complejo de reforma de todo el aparato médico español, y dentro de la reforma entra el cambio del currículum del pregrado de las facultades de medicina.

-A pesar de que este centro depende del Instituto Nacional de la Salud, ¿mantiene algún tipo de relación con los médicos rurales?

-Lo que estamos recibiendo en este momento son demandas -tanto de médicos generales como rurales- de otros sectores que nos solicitan cursos de reciclaje. Actualmente, todos los profesionales de la medicina tienen deseos de hacer una asistencia distinta, aunque hay varias concepciones, pero ya se ha aceptado que los patrones de enfermedad han cambiado. En el caso de los médicos rurales hay algunos que se agrupan por zonas y se reúnen periódicamente para compartir experiencias, discutir problemas de la zona, etc.

-Es decir, que los médicos echan de menos el trabajo en equipo.

-Evidentemente, necesitan el trabajo interdisciplinar, aunque todavía no caen demasiado en la cuenta de la necesidad de trabajar con profesionales de otras áreas, como la sociología. Hasta ahora, no se ha trabajado en grupo sino de forma jerarquizada, y mientras no se trabaje en grupo no se puede conocer a fondo al enfermo.

»En este momento la salud ya no es patrimonio del médico, y así lo demuestra la sociedad. Los políticos saben que las carreteras influyen en mejorar la salud, así como la renta *per capita* influye en la alimentación. El enfermo no está únicamente en manos del médico, pero aún queda un largo camino para que esto se comprenda.

Aurora Fernández