

# ¿Truco o Trato? Gestionar la Sanidad o Garantizar la Salud<sup>1</sup>

*Por Javier Segura del Pozo  
Médico Salubrista*

## SINTESIS

Aunque las iniciativas a favor del derecho a la salud y a favor del derecho a la sanidad deberían ser complementarias, frecuentemente nos sitúan en una falsa dicotomía, estilo Truco o Trato: o atiendes las decenas de pacientes de la sala de espera o "haces salud comunitaria" en el barrio; o se gestiona la sanidad o se garantiza la salud; o se destinan suficientes presupuestos a nuevos fármacos y procedimientos diagnósticos o se financian proyectos de promoción de la salud. Esta dicotomía tramposa es fruto del minado progresivo del modelo salubrista de Alma Ata "a la chita callando", desde el avance del gerencialismo sintetizado en siete pasos (territorio, equipo, prioridades, precariedad del empleo, equidad en salud,...), durante los últimos 40 años, y a un ejercicio peculiar de la autoridad sanitaria.

Ante esta dicotomía truco o trato, se aboga por elegir *el trato*, es decir un nuevo pacto social, facilitado por una nueva autoridad democrática en Salud Pública, que asegure ambos derechos, frente *al truco*, es decir, el engaño de "mas sanidad es más salud" o de "basta con gestionar bien la sanidad", es decir, de reducir el derecho a la salud al derecho a la sanidad.

---

<sup>1</sup> Texto de la ponencia presentada el día 24 de agosto de 2018 en la V Conferencia Nacional de Salud Pública de Colombia, organizada por la Universidad Javeriana de Cali (Colombia), los días 23 y 24 de agosto de 2018, bajo el lema "Derecho a la Salud y Autoridad Sanitaria"

## Salud No es lo mismo que Sanidad

Llevo casi toda mi carrera profesional de salubrista, reivindicando la diferencia entre salud y sanidad<sup>2 3</sup>, y por lo tanto, entre derecho a la sanidad y derecho a la salud. A día de hoy, sigo dedicando mucha saliva y mucha tinta a explicar a mis familiares, amigos y colegas qué es eso de ser un salubrista<sup>4</sup>, de ser un médico sin bata y fonendoscopio y que hay otra forma de ejercer la medicina que no pasa por las consultas médicas, ni los pasillos de los hospitales. Que arranca con un cosa tan simple y a la vez tan compleja, como salir a la calle, andar por el barrio y fijarse cómo vive la gente, cómo trabaja y cómo se relaciona. De aquí viene el lema de nuestro proyecto de salud comunitaria del ayuntamiento de Madrid: “De las batas a las botas”<sup>5 6 7</sup>.

Esto me ha llevado a veces a resaltar (tal vez, excesivamente) la importancia de los determinantes sociales y de las condiciones de vida en la salud, y a minimizar el peso del sistema sanitario en la misma. Probablemente, para contrapesar la dominancia aplastante del sistema médico-clínico-asistencial en los foros de los profesionales sanitarios, en el discurso de los medios de comunicación y en el imaginario público de la salud. Pero

---

<sup>2</sup> Utilizo el término “sanidad” para designar las instituciones y dispositivos prestadores de servicios asistenciales. Aunque los servicios de Salud Pública también están incluidos en el concepto de sanidad, el sector sanitario está mayoritariamente formado por los servicios médico-clínico-asistenciales (hospitales, centros de salud, etc.). En Colombia pude comprobar que este uso de la palabra sanidad puede ser confuso, pues allí es equivalente a “salubridad” o “higiene” (intervenciones de protección de la salud, como provisión y control de alcantarillado, abastecimiento de agua, control de vectores, basuras, higiene de la vivienda y de los alimentos, etc.)

<sup>3</sup> Segura del Pozo, J “Salud o Sanidad”. Blog “Salud Pública y otras dudas” 14 de junio 2014. Accesible en: <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2014/06/14/sanidad-o-salud/>

<sup>4</sup> Segura del Pozo, J “Papá, ¿qué es un salubrista?” Blog “Salud Pública y algo más” 24 de febrero de 2007. Accesible en: [http://www.madrimasd.org/blogs/salud\\_publica/2007/02/24/59906](http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2007/02/24/59906)

<sup>5</sup> Estrategia “Barrios Saludables”. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Marzo 2018 [http://madridsalud.es/wp-content/uploads/2018/03/BARRIOS-SALUDABLES\\_20-de-marzo-2018.pdf](http://madridsalud.es/wp-content/uploads/2018/03/BARRIOS-SALUDABLES_20-de-marzo-2018.pdf)

<sup>6</sup> Segura del Pozo, J; Martínez Cortés, M et cols. “El proceso de reorientación comunitaria de los Centros Madrid Salud”. Revista Comunidad. PACAP. Año 2011. Pág. 23-26. [http://www.madridsalud.es/prev\\_prom\\_saludambiental/pdfs/Comunidad13-CMS.pdf](http://www.madridsalud.es/prev_prom_saludambiental/pdfs/Comunidad13-CMS.pdf)

<sup>7</sup> Blanca Botello Díaz. Entrevista a Javier Segura del Pozo. Comunidad. Noviembre 2017;19(3):6 ISSN: 2339-7896. Accesible en: <http://comunidadsemfyc.es/entrevista-a-javier-segura-del-pozo/>

también porque tengo la suerte de vivir en un país en que ciertas prestaciones básicas de la sanidad están aseguradas.

A pesar de intensos ataques privatizadores, hemos conservado en España una sanidad pública y universal de calidad. Si utilizamos la compleja terminología del sistema de salud colombiano, es un modelo en que hay una sola EPS que contrata su propia y única IPS, que sería el conjunto de los centros y dispositivos sanitarios. Ambas, la EPS y la IPS, son públicas, se financian con los impuestos y no con las cotizaciones de los trabajadores, y sus profesionales son servidores públicos con un estatuto funcional.

Este es el modelo. La realidad es algo más compleja. Con la descentralización a las Comunidades Autónomas (CC.AA.), el equivalente de los departamentos en Colombia, hay 16 EPS, una por CCAA, es decir 16 Servicios Departamentales de Salud. Además, desde hace dos décadas, al albur del ciclo neoliberal que sufrimos, y del que les hablaré mas tarde, se han incorporado al sistema centros de iniciativa Público-Privada<sup>8</sup>. Sin embargo, este intento de privatizar del sistema, y convertirlo en un sistema parecido al que determinó en Colombia su Ley 100, fue parado, en parte por la rebelión de sus profesionales (*la Marea Blanca*), y en parte por el prestigio que tiene el sistema publico entre la población. Volveremos luego a esto.

Retomando el hilo de la Salud y la Sanidad, la importancia de la sanidad se resalta cuando falta, igual que el agua o el pan, solo lo apreciamos cuando teniendo sed o hambre nos falta. Por ello, y estando en Colombia, debo empezar diciendo que los salubristas del siglo XXI sabemos que ambas, Salud y Sanidad, son muy importantes:

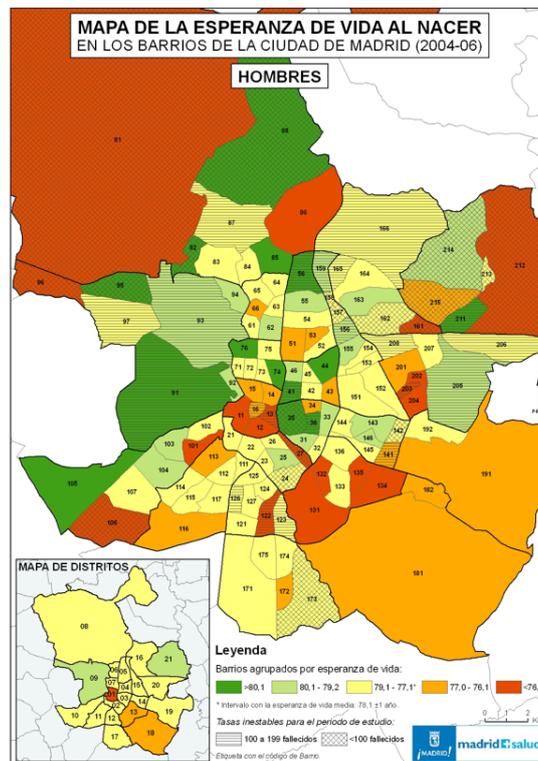
Sabemos que el acceso universal a la Sanidad es un factor muy importante de la salud (lo que se refleja en el impacto en indicadores como la mortalidad infantil, materna, mortalidad sanitariamente evitable, etc) Pero también sabemos que más Sanidad NO es equivalente a más Salud. A veces incluso lo contrario. Más sanidad puede llevarnos a más yatrogenia y al cada vez más preocupante fenómeno del sobrediagnóstico. Así el sistema

---

<sup>8</sup> Además, hay sistemas sanitarios autonómicos, como el Instituto Catalán de Salud, con una ya larga tradición de separar gestión/financiación de la provisión, que incluye la contratación de proveedores de servicios sanitarios públicos, además de algunos privados complementarios (cirugías, diagnósticos); es decir, que han introducido este juego segmentador del mercado en el corazón del sistema público. Sin embargo, el mayor control del ente gestor/contratador y la todavía mayoritaria “cuota de mercado” de los proveedores públicos, no permiten compararlo con la situación colombiana.

sanitario es ya la tercera causa de muerte en un país como los EE.UU. que se distingue por tener un importante gasto sanitario y farmacéutico.

Además, hay suficientes evidencias de que las condiciones de vida determinan la salud, como se puede ver en este mapa de esperanza de vida por barrios en Madrid, que refleja una diferencia de más de 10 años entre los barrios más pobres y más ricos de Madrid. Esta diferencia no se debe a un acceso diferente a la sanidad, sino a que uno (o una) no elige dónde vivir (a menos que su riqueza se lo permita) y por eso, hay una segmentación social y económica por barrios, que tiene una traducción en una segmentación en salud (en este caso, en las diferencias en esperanza de vida entre los barrios más ricos y los más pobre). Por eso, el derecho a la salud está ligado a otros derechos humanos (DD.HH.): al derecho a la vivienda, al trabajo, a la alimentación, sexualidad y reproducción, etc.



*Mapa de la Esperanza de vida al nacer por barrios de Madrid (2004-2008). Fuente: Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid*

La lucha de la salud pública ha tenido pues siempre dos frentes: garantizar el Derecho a la Sanidad y el Derecho a la Salud. Por ello, hay que dedicar todos nuestros esfuerzos tanto a construir y defender un sistema sanitario público y universal de calidad (a lo que llamamos SANIDAD PÚBLICA), como

a reducir la brecha de las desigualdades sociales en salud, interviniendo sobre los determinantes sociales de la salud desde la SALUD PÚBLICA, SALUD COLECTIVA o SALUD COMUNITARIA. El primer frente supone Intervenciones dentro del sistema sanitario, pero el segundo, el de la equidad en salud, solo lo conseguimos con intervenciones fuera del sistema sanitario, en ámbitos como: políticas públicas, familia, vivienda, barrio, escuela, trabajo, ciudad, etc.

### **Truco o trato**

Sin embargo, mi experiencia es que objetivos que deberían ser complementarios, muchas veces se han convertido en dicotómicos. Parecería que nos obligan a elegir entre Sanidad y Salud, entre “truco y trato”, o si lo prefieren entre “susto y dulce”. Pondré tres ejemplos:

Los presupuestos públicos se concentran en sostener el progresivamente incremental gasto sanitario y farmacéutico, a la vez que los proyectos de salud colectiva o comunitaria se convierten en un lujo accesorio. Parecería que hay que priorizar la inversión de los recursos públicos en sostener nuestra sanidad, y dejar como no prioritario la prevención y la promoción de la salud. Truco o trato.

Por otra parte, la autoridad sanitaria suele concentrar todos sus esfuerzos en gestionar la sanidad (o, en el caso de Colombia, ser un mero regulador del mercado de la salud), abandonando su función de garante del derecho a la salud y de planificación sanitaria. Este segundo enfoque orienta a la propia sanidad para no limitarse a atender la demanda, sino a mejorar los niveles de salud, incluyendo las acciones intersectoriales (las alianzas con los sectores no sanitarios). Truco o trato: elegir entre gestionar la sanidad o garantizar el derecho de la salud, que en muchos casos se entiende de incumbencia ajena a la autoridad sanitaria. Y por eso, se delega su responsabilidad a otras autoridades (empleo, vivienda, medioambiente, etc)

Truco y trato que también lo sufren cotidianamente mis colegas de medicina y enfermería de los centros de Atención Primaria que lo tienen difícil para articular coherentemente los dos *apellidos* de sus especialidades (medicina y enfermería familiar y comunitaria), pues la atención a los aproximadamente 30 pacientes citados al día se convierte en prioritaria, quedándoles un tiempo muy reducido de su jornada para “dejar la bata, ponerse la bota” y hacer intervenciones comunitarias, que vuelve a ser relegada al campo de lo lujoso y, por lo tanto, prescindible. Truco o trato: ver pacientes o hacer “Comunitaria”.

¿Como hemos llegado a esta situación en España? ¿Tiene que ver con los políticos y las políticas que nos han gobernado? ¿Con las orientaciones profesionales dominantes? ¿Con las preferencias de la población? Para contestar a estas preguntas tenemos que recurrir a **la historia**.

### **1978: Alma Ata y la Constitución Española**

Déjenme que ahora que se cumplen 40 años de la Conferencia de Alma Ata, empiece por ahí. Patrocinada por la OMS y liderada por su entonces secretario general, el Dr Halfdan Mahler, se celebra en 1978 la conferencia de Alma Ata que enuncia la Atención Primaria de Salud (APS). Esta pretende combinar la mirada de la medicina clínica, con la mirada de la medicina social, es decir continuado con nuestro hilo, entrelazar la sanidad con la salud. Reformar el sistema sanitario para que estuviera enfocado a la salud de las comunidades y no solo a la curación de los enfermos. En España, ese año 1978 coincide con la aprobación de la nueva constitución a los 3 años de la muerte del dictador, y que sustancia legalmente el reestreno de la democracia tras 40 años de franquismo.

Desde entonces han pasado otros 40 años. He dividido estos últimos 40 años en cuatro ciclos o periodos, a modo esquemático (pueden ser discutibles los años elegidos, incluso la denominación, pero nos sirve esta categorización para nuestro propósito):

- El ciclo socialdemócrata (1982-1995): Se distingue por la construcción de un débil y vulnerable, pero importante Estado de Bienestar Social y por la modernización de la arquitectura del sistema sanitario público (APS, Salud Pública), concertada en la puesta en marcha de una red de centros de salud y hospitales de gran calidad clínico-asistencial.
- El ciclo neoliberal (1996-2007): que se caracteriza por un progresivo debilitamiento y privatización del sistema sanitario
- La crisis e indignación (2008-2012): caracterizado por la precarización de las condiciones de vida (con su impacto sobre la salud), el debilitamiento de la administración pública (incluida, la sanidad), el desprestigio institucional (“No nos representan”), la visibilización de la corrupción y las consecuentes indignación y rebeldía (representado por el movimiento 15M y de las “mareas”)
- El post 15M y la aspiración a un nueva institucionalidad (2012-2018), que empieza a experimentarse con el llamado nuevo municipalismo.

## EL CICLO SOCIALDEMÓCRATA (1982-1995)

### **Los municipios abren la brecha**

Sin embargo, el ciclo socialdemócrata no se inicia con la subida al poder del PSOE, sino en las alcaldías españolas. Un año después de Alma Ata, en 1979, tenemos las primeras elecciones municipales democráticas. Los grandes ayuntamientos se hacen eco de los principios de Alma Ata, del incipiente feminismo y de la salud mental más crítica, y ponen en pie Centros Municipales de Salud, para cubrir los déficits del sistema asistencial (diseñan programas y servicios de planificación familiar, salud escolar, salud ambiental, salud mental, salud materno-infantil, etc.). A finales de los 80 y principios de los 90', se produce el desmontaje de la mayoría de los servicios y Centros Municipales de Salud, pues se suponía que los programas de promoción de la salud, planificación familiar, salud materno-infantil y salud mental iban a ser asumidos por la nueva red de AP.

### **Los instituyentes años 80**

Mientras los años 80 fueron en el mundo desarrollado una fase de avance del neoliberalismo y retroceso del estado de bienestar social (Reagan, Thatcher), en España fue la década de la construcción de ese estado de bienestar, incluyendo la red de sanidad y educación públicas (primeros gobiernos de Felipe González). Durante los años 80' y 90', también se construyen los servicios de Salud Pública (SP) de las CC.AA., sobre la base de la SP franquista (las antiguas Jefaturas Provinciales de Sanidad y las Diputaciones), desarrollándose la red de vigilancia epidemiológica, la inspección de salud ambiental e higiene alimentarias, los planes de prevención de enfermedades, de promoción de la salud y la planificación sanitaria (incluida la zonificación), aunque la mayoría de estas CC.AA. todavía no tenían transferidos los recursos asistenciales del INSALUD

Sin embargo, es una construcción esquizoide, es decir, es una edificación separada de la AP y SP. En la mayoría de las CC.AA. (las llamadas "de vía lenta"), la organización de la AP y la de la SP se desarrollan desde instituciones diferentes (AP por el gobierno central, que gestiona el INSALUD, y la SP por los gobiernos regionales de las CC.AA.) y en algunos aspectos, de forma divergente.

## EL CICLO NEOLIBERAL (1996-2007)

A mediados de los 90, al albur del cambio de ciclo político del PSOE al PP<sup>9</sup>, y de la creciente influencia de las ideas del mercado, en España empieza a desarrollarse el ciclo neoliberal, que duraría más de 20 años. En el caso de la Comunidad de Madrid, se reciben las transferencias de sanidad del Estado (del INSALUD), cuando ya gobiernan admiradores confesos de Thatcher y Reagan. Por ello, este periodo se caracterizará, entre otras cosas, por los intentos de privatizar y segmentar la sanidad pública a través de las llamadas iniciativas público-privadas (IPP). En el campo de la SP, supondrá el debilitamiento progresivo, e incluso (en el caso de la CM) el desmontaje, de la organización de SP (2008), el freno al desarrollo de sus enfoques más sociales y la regresión al modelo individualista de los hábitos de salud y los consejos sanitarios.

### **Gerencialismo**

En este relato, constreñido por el tiempo, parecería que “el malo” es el PP y “el bueno” es el PSOE, y que solo tendríamos que esperar la vuelta del PSOE al gobierno para recomponer la coherencia de la sanidad pública respecto al modelo de partida, inspirado en las ideas de Alma Ata. Sin embargo, sin negar las diferencias significativas entre ambos ciclos de gobierno, creo importante resaltar que el problema es más complejo.

El cambio fue posible porque cambiaron los valores y los paradigmas dominantes. El modelo de Alma Ata fue arrinconado por un nuevo modelo neoliberal cuyo instrumento de desarrollo y debilitamiento de la sanidad pública y la salud pública fue el Gerencialismo. Este ya fue introducido en la segunda parte del ciclo socialdemócrata y también fue el motivo de la insuficiente desarrollo del modelo que decía defender. Como veremos su avance va minando el modelo e introduciendo la dicotomía “truco o trato”, reduciendo el derecho de la salud al derecho a la sanidad, incluso “jibarizando” progresivamente este derecho a la sanidad. Es decir, el gerencialismo facilitó la entrada de la privatización. Y cuestionó el modelo salubrista de Alma Ata; generalmente, de forma velada, sin un debate explícito y abierto.

Voy a intentar explicarme mejor. Empecemos aclarando qué queremos decir cuando hablamos de Gerencialismo.

---

<sup>9</sup> En el contexto de una profunda crisis del PSOE y de la izquierda, y de la crisis económica y social de 1993, el PP empieza conquistando el poder municipal y autonómico en 1995 y llegando al gobierno de España en 1996

Tal como define Elena Aguiló en su valioso artículo “La Atención Primaria desde dentro”<sup>10</sup>, se puede definir (de forma muy simplificada) el Gerencialismo o la “Nueva Gestión Pública” por gestionar los servicios públicos igual que las empresas privadas. Se presenta como una racionalidad neutra y sin ideología (por ello, hay ausencia o debilidad de debate teórico-filosófico). Aboga por la fragmentación del servicio público en unidades que compiten entre sí. Defiende una evaluación general y exhaustiva del rendimiento. Sin embargo, solo mide lo que interesa y lo que se ha reducido a ser medido. Estas medidas generan registros ingentes y la exigencia de aporte de datos. El modelo prima la estandarización y protocolización de las intervenciones, frente a la atención y respeto a la diversidad de los contextos, a la especificidad de los territorios, comunidades y necesidades, y a la autonomía de los equipos. Aunque critica la burocracia del modelo de gestión anterior que pretende mejorar, más bien la multiplica.

### **Las viejas e ingenuas banderas**

Hablamos de los años 90, cuando a los cuadros de la administración pública empiezan a pagarles cursos y maestrías que aspiran a reproducir los cotizados MBA (*Masters in Business Administration*). ADE (Administración de empresas) empieza a ser la carrera más demandada en las universidades españolas. Los gestores de la AP, como los directores de Área de AP en la Comunidad de Madrid, que provienen de la “base”, es decir de la práctica clínico-asistencial en los EAP de los centros, y solían volver a ellos después de un periodo provisional de ejercicio de la gestión, se profesionalizan en esta gestión y muchos no vuelven a los EAP. Incluso pasan a ejercer indistintamente de directores de hospitales. Se han instalado en una cultura y un enfoque muy diferentes al referente de inicio de su práctica profesional en los centros de salud. Las originales banderas de la Medicina Comunitaria y la Participación de la Comunidad quedan anticuadas y producen un sonrojo retrospectivo, cuando no una mirada irónica condescendiente sobre un pasado considerado “naif”, ya superado por las nuevas ideas tecnocráticas de la eficiencia, la calidad y la gestión “científica” de recursos humanos, junto con el filtro de la Medicina basada en la Evidencia. *El truco o trato* está cada vez más servido. Se invoca al pragmatismo en esta dicotomía. *Al pan, pan, y al vino, vino*. Centrémonos

---

<sup>10</sup> Elena Aguiló. “La Atención Primaria desde dentro”. Blog “Salud Pública y otras dudas”, 23 de junio 2018. Accesible en:  
<https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2018/06/23/la-atencion-primaria-desde-dentro/>

en gestionar bien la sanidad, que bastante complicado es ya (es un “arte”), y dejemos la garantía de la salud para otros responsables y escenarios (¿los políticos? ¿las elecciones?). El abordaje de los determinantes sociales de la salud (DSS) no está al alcance del sector sanitario.

### **Siete pasos para minar el Modelo “a la chita callando”**

Podría analizar muchos factores que minaron el modelo de Alma Ata, pero me centraré en 7 cambios que impugnaron valores o paradigmas fundamentales: la importancia del territorio, del equipo y del empleo digno y estable; la congruencia con las prioridades, los incentivos y el sistema de información; el esfuerzo en la coordinación, la intersectorialidad y la participación comunitaria. Todos estos elementos son signos o emergentes a los que creo que hay que estar atentos, pues son indicadores de brechas por donde se cuele esa dicotomía entre salud y sanidad, entre truco y trato. Son los analizadores de la congruencia entre el discurso y la acción institucional. Estos elementos pueden estar presentes incluso en sistemas de sanidad pública y universales con aspiraciones explícitas a garantizar la salud de toda la población, pero que llevan a que desde este sistema sanitario sea muy difícil ir más allá de gestionar la demanda.

Por ello, cuando llegan los intentos privatizadores, importa poco que uno sea atendido por un un centro (o una IPS) privado o uno público. Lo importante es que te atienda un sanitario. Me hace recordar aquel proverbio chino invocado por el expresidente Felipe González en los años 90, cuando quería resolver, desde su creciente ataque de pragmatismo, el clásico debate ideológico de la izquierda sobre el papel de lo público y lo privado: “¿Gato negro o gato blanco? ¡Qué más da! Lo importante es que cace ratones”<sup>11</sup> Sin embargo, sí que importa, pues los ratones cazados son diferentes. Intentaré explicarme mejor.

#### **(I) El Territorio**

El primer paso para minar el modelo fue el desinterés por lo territorial. El modelo se basaba en la existencia de equipos de salud para atender la salud de una zona (llamada “zona básica de salud” con aproximadamente 25.000 habitantes), en vez de un mero cuadro de profesionales que atienden la demanda individual de pacientes, residan donde residan. Cuando es así

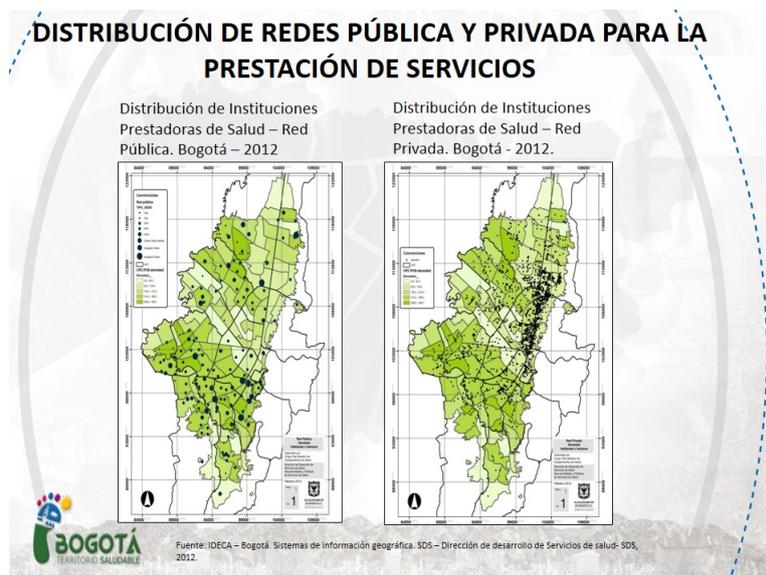
---

<sup>11</sup> La frase exacta atribuida la presidente chino Deng Xiaping, durante un encuentro con el ex presidente estadounidense Geroge W Bush era: "No importa que el gato sea blanco o negro; mientras pueda cazar ratones, es un buen gato."

(cuando el ámbito territorial es anecdótico), es más difícil identificar, analizar e intervenir sobre los DSS en la vida cotidiana de esa comunidad a la que (teóricamente) se sirve (vecindario, barrio, comuna, pueblo, etc)

Si por la dinámica de estandarización antes aludida, se ofrece la misma cartera de servicios en todas las zonas: ¿dónde queda la atención de lo específico de ese territorio? Además, la pérdida del interés en lo territorial, lleva aparejado un conocimiento débil de los profesionales de la zona a la que sirven. Estos quedan encerrados en las consultas, excepto cuando tienen que atender a los avisos domiciliarios.

Esta progresiva desatención a la territorialidad, abocó en una fácil disolución *de facto* de la zonificación sanitaria. En el caso de la Comunidad de Madrid se usó el eufemismo del Área Única de Salud, en vez del reconocimiento de esta disolución. El Área Única pretendía favorecer la libre elección de médico o médica, pero en la realidad buscaba dar ventaja a la sanidad privada, que se mueve mejor en un mercado desregulado (sin fronteras) y que no tiene presencia en todos los territorios, al concentrarse solo allí donde hay beneficio potencial (como muy bien saben en Colombia, donde la distribución de las IPS esta escandalosamente concentrada en los barrios más pudientes de las ciudades). Por ello, el cambio no tuvo grandes resistencias ni en la población, ni en los profesionales. Al fin y al cabo, ninguno de los dos había percibido los efectos positivos de la territorialización.



*Distribución de la red de centros sanitarios públicos (izquierda) y la red de centros privados (derecha) en la ciudad de Bogotá, 2012. En la escala de verdes se indica la mayor o menor densidad de población de los barrios. Como se puede apreciar la red pública está distribuida por toda la ciudad y proporcional a la densidad de población.*

*Sin embargo la privada, siguiendo la ley de cuidados inversos de Julian Tudor Hart, se concentra en el centro urbano de Bogotá, en las zonas económicamente más pudientes, y apenas tiene presencia en las zonas más densamente pobladas y más pobres.*

## **(II) El Equipo**

Uno de los elementos más novedosos: el trabajo en equipos multiprofesionales que se hicieran cargo de los componentes bio-psico-sociales del enfermar, acabó reduciéndose a la dupla médico/a-enfermero/a, trabajando en consultas comunicadas. Aunque fue un avance, especialmente en lo que se refiere al mejor aprovechamiento de los talentos de la enfermería, estaba lejos del planteamiento inicial. Los equipos tienen una débil presencia de otros profesionales (trabajo social, salud mental, etc.) y la falta de ese espacio colectivo de socialización de conocimientos, ha llevado a importantes tensiones corporativas (entre medicina y enfermería, entre trabajo social y los anteriores, etc.). Todo ello ha desembocado en un debilitamiento de la capacidad de análisis de lo bio-psico-social, y por lo tanto en una simplificación de la lectura de la demanda de las personas y de la necesidad comunitaria

## **(III) Prioridades, Incentivos y Sistemas de Información**

La forma más fácil de minar un modelo, es cambiar las prioridades. A medida que avanzó el gerencialismo, la prioridad más clara era atender la demanda asistencial, controlar el gasto sanitario y farmacéutico, protocolizar la práctica, etc. Los incentivos que se establecieron buscaban premiar el alcance de los mismos. Las actividades grupales o comunitarias quedaban en la periferia de los intereses de los gestores. Consecuentemente, el sistema de información se diseñó, no solo para facilitar la actividad clínica (la historia clínica), sino para medir y controlar actividades (principalmente clínicas) y el gasto (principalmente el farmacéutico). La evaluación de los resultados en salud de estas actividades quedó fuera del sistema de información, en el ámbito de las investigaciones académicas que se realizaban en otros departamentos (Salud Pública, Epidemiología, Información sanitaria, etc.) o instituciones (universidad), con los que no siempre se estaba bien conectado.

La protocolización y los registros de actividades ocuparon un lugar preminente en el trabajo de los informáticos y estadísticos contratados por las gerencias de AP. Estos sistema (por ejemplo, el famoso sistema OMI\_AP) medía actos (consultas, visitas) y no procesos (ejemplo, talleres de cambios de hábitos, procesos grupales, proyectos educativos o comunitarios, etc.)

Además, a pesar de enunciados a favor de la equidad en salud, la verdad es que los sistemas de información apenas contenían variables sociales que permitieran evaluar esas metas igualitarias

#### **(IV) Precarización del empleo**

Sin embargo, una de las formas más eficaces de minar el modelo desde dentro ha sido la precarización del empleo público. La creciente importancia de los contratos de corta duración y alta rotación ha supuesto una baja reposición de las vacantes y las jubilaciones. Se ha favorecido la sobrecarga de los profesionales que quedan que tienen que hacerse cargo de las personas que eran atendidos por los colegas que se han jubilado, además ha supuesto un muy importante envejecimiento plantillas. Además, la alta rotación de los escasos sustitutos ha dificultado el trabajo en equipos, la transmisión de la experiencia entre los y las más veteranas y las más jóvenes, la longitudinalidad de la atención (es muy difícil llegar a conocer a la persona y su familia si solo se le ve un par de veces), el conocimiento del territorio al que se sirve (¿para qué, si me voy a ir a otro lugar en un par de días?) y los procesos comunitarios

#### **(V) Coordinación, Intersectorialidad y Participación**

Como ya dije, a pesar de que para muchos se buscaba desarrollar objetivos y enfoques salubristas desde dentro del sistema sanitario asistencial (articular la medicina social con la medicina clínica), el modelo se desarrolló desde un débil interés por la coordinación entre AP y Salud Pública. Crecieron en dos mundos paralelos, espalda contra espalda. Hubo un desinterés por trabajo intersectorial (educación, servicios sociales, deportes, urbanismo...). Ya se tenía bastante con gestionar la sanidad lo mejor posible (gerencialismo). A pesar de que el modelo buscaba una alternativa al hospital, no dejó de mirarse en el espejo del mismo. Después de un inicio en que se buscó una identidad propia extrahospitalaria, creo que hay un creciente hospitalocentrismo

La participación comunitaria se quedó en el baúl de las banderas viejunas y se pasó a hablar de la satisfacción del “paciente usuario” o la “humanización” de la atención

#### **(VI) Salud Pública marginalizada**

El modelo no solo incumbía a la AP, sino a la propia SP que debía ser reforzada y reorientada en consonancia con la nueva definición de salud de la OMS. Sin embargo, dentro de esta lógica de truco o trato y de priorizar la

gestión sanitaria, la Salud Pública se quedó en un lugar marginal y centrada en (reducida a) las clásicas funciones de protección a la salud, vigilancia epidemiológica y educación sanitaria (muchas veces, reducida a los consejos sanitarios)

Frecuentemente, se prefirió el enfoque de la Medicina preventiva individual (especialmente los cribados) frente a las estrategias poblacionales de prevención. Aunque hubo valiosas excepciones (ejemplo, ley antitabaco), se puede decir que la SP ha tenido una débil influencia en las políticas públicas (incluidas, las sanitarias)

Para colmo, la SP ha sufrido una importante pérdida de autoridad moral entre la población, por la deficiente gestión de las crisis epidemiológicas de los 90' y 2000'

### **(VII) Equidad en Salud**

Aunque le equidad en salud ha formado parte del discurso de moda, la realidad es que ha habido grandes dificultades para introducir la perspectiva de determinantes sociales de la salud. El informe de la Comisión de DSS de la OMS (2008-2010) llega a España en pleno apogeo neoliberal (cuando los gobiernos del PP dominan en casi todas las administraciones desde donde se gestiona la sanidad)

Además, hasta hace poco, en las universidades, centros de investigación y la propia administración, la dominancia de la epidemiología del método (o epidemiología clínica o epidemiología de factores de riesgo) ha sido abrumadora arrinconando al enfoque de la epidemiología social. La epidemiología clínica encuentra un fácil maridaje con el gerencialismo. Para completar estos obstáculos epistémicos a generar un conocimiento sobre la salud colectiva y mas a favor del cambio social, ha habido una tímida introducción de los estudios cualitativos que complementen las lagunas de los cuantitativos.

En esta simplificación, frecuentemente, la lucha contra las DSS se ha reducido a la lucha contra la pobreza, a la atención segmentada a las poblaciones "vulnerables" y a los consejos sanitarios.

En paralelo al desinterés por lo territorial, hemos vivido un desinterés por lo local y lo municipal que se ha exacerbado con el ajuste fiscal del gasto publico y la invocación al control del estado sobre los municipios.

### **Minando también el Derecho a la sanidad**

Este desarrollo del modelo, que ha ido minando (“a la chita callando”) su capacidad de garantizar el derecho a la salud, ha desembocado al final en poner también en cuestión el derecho a la propia sanidad. Una nueva ley (RDL 16/2012), cambio el anterior modelo sanitario, al suponer el retroceso del derecho a la asistencia sanitaria: de estar anteriormente reconocido simplemente por ser una persona (que vivía en España) pasó a la atención sanitaria limitada a una condición administrativa determinada, incluida el permiso de residencia y la cotización a un seguro. Es decir se lesionó gravemente su carácter universal y se retrocedió a un sistema de aseguramiento, cuya consecuencia fue la exclusión sanitaria de muchos colectivos (pricipamnet, los inmigrantes). El RDI también supuso la reducción de la cartera de servicios y la introducción de nuevos copagos. Hace unas semanas, el nuevo gobierno socialista aprobó un nuevo marco legal (RDL 7/2018) con vocación de recuperar esta universalidad que aun está en proceso de desarrollo

Sin embargo este debilitamiento del derecho a la sanidad también ha ido de la mano de la precarización del tiempo de consulta y de la relación laboral de los profesionales sanitarios, que, como ya dijimos, dificulta (y precariza) el vínculo medico-paciente, la calidad diagnóstica y terapéutica y va asociado a una creciente farmacologización y a sobrediagnósticos.

### CRISIS E INDIGNACIÓN (2008-2012)

La crisis iniciada en el 2008 y las políticas de abordaje de las mismas (recortes y privatización) traen, una precarización de las condiciones de vida, un empobrecimiento de los servicios públicos y una creciente desigualdad. Todo ello, junto con la progresiva visibilización de la corrupción (el rosario de lo casos Gürtel, Púnica, "puertas giratorias", etc), generan indignación y rebeldía: primero la ciudadana, que cristaliza en la expresión del 15 de mayo de 2011 (15M), en el que se reivindica de gobernanza más participativa (*No nos representan*) y un mejor reparto de la riqueza (*Sí, se puede*). Y pocos meses después (finales 2011 y 2012) alcanza la rebeldía a los servicios públicos: *Las Mareas* (incluida La Marea blanca contra la privatización de la sanidad, o los movimientos contra la exclusión sanitaria como *Yo sí, Sanidad Universal*, etc)

### POST 15 M Y NUEVO MUNICIPALISMO (2013-2018)

Esta rebeldía también es alimentada por un renovado interés de la juventud (tachada hasta entonces de *pasota* y consumista) por lo político y lo común.

Hay (en Madrid y otras ciudades) una explosión de debates ciudadanos: en las plazas, en los centros sociales ocupados y en los medios digitales alternativos. También florecen nuevas formas de participación ciudadana. En este contexto, hay un interés creciente por *lo comunitario, los barrios, el buen vivir y el buen trato*, y una puesta en cuestión del poder y el saber establecidos (incluido del poder y saber médico más institucionalizado).

De la mano de la revolución feminista, surge la reivindicación de la corresponsabilidad en los cuidados. Diferentes formas de cuidado colectivo para enfrentarse al impacto de la crisis adquieren un gran prestigio social: La Plataforma de afectados por las hipotecas (PAH), los bancos de alimentos, los comedores de barrio, etc. Se discute cómo llevar estas ideas a las instituciones, y a la vez, cómo institucionalizar el movimiento en fuerzas que compitan electoralmente.

Ante la proximidad de las elecciones municipales y autonómicas de mayo de 2015, se empieza a reivindicar un nuevo municipalismo. Las llamadas “Ciudades por el Cambio”, es decir, los gobiernos municipales formados por las candidaturas ciudadanas ganadoras (Madrid Barcelona, Zaragoza, Valencia, Cádiz, Santiago, Coruña, etc), intentan experimentar una nueva institucionalidad, conjugando el “de abajo arriba” frente al rechazado “de arriba abajo” ¿Cómo afecta este nuevo contexto a la AP, la SP y la MS?

Muchas de estas ideas (barrio, vida cotidiana, participación, comunes, etc.) son fácilmente articulables desde la salud comunitaria. Además, en ciudades como Madrid se descubre el valor de los servicios de salud comunitaria como herramientas de apoyo a la nueva gobernanza en los barrios. Se comparte la atención prioritaria a las necesidades sociales de los perdedores de la crisis y el abordaje a las desigualdades de salud por clase social, género, orientación sexual, etc. En este contexto, surge el modelo de Ciudad de los Cuidados que pretende sintetizar gran parte de estas aspiraciones ciudadanas y profesionales (las de la Medicina Social de orientación más comunitaria y a favor de la equidad en salud).

En honor al tema central de esta conferencia, quiero acabar con una reflexión final sobre la Autoridad, recordando algunas de las enseñanzas

obtenidas hace unos años, durante el proceso de elaboración del Libro Blanco de la Salud Pública de la Comunidad de Madrid de 2004<sup>12</sup>

### **La Autoridad**

Según Hannah Arendt<sup>13</sup>, anteriormente citada en esta Conferencia por la doctora Teresa Forcades, el concepto de autoridad tiene tres dimensiones. La primera es la dimensión de la argumentación: sería el equivalente a la persuasión. La segunda dimensión es la de la autoridad propiamente dicha o “autoritas”. Corresponde a la autoridad moral o prestigio de una persona o institución, independientemente de la argumentación. A veces esta autoridad moral está basada en la tradición. Y la tercera dimensión es la del poder o “potestas” que se basa en el ejercicio o amenaza de la fuerza. El resultado de las tres dimensiones es la obediencia a la persona o institución que ejerce la autoridad



*Hanna Arendt*

Siguiendo este esquema conceptual, la dimensión del poder de la Autoridad Sanitaria, no solo se basaría en su dimensión del poder (“potestas”) relacionada con su originaria función de Policía sanitaria (que dicta leyes, realiza inspecciones y pone sanciones a quienes infringen las normas higiénico-sanitarias) asociada al Poder político. La dimensión de la argumentación la ejercería al producir y difundir la información científico-

---

<sup>12</sup> “Documentos de trabajo para la elaboración del Libro Blanco de la Salud Pública de la Comunidad de Madrid” Consejería de Sanidad y Consumo, Madrid, 2004. No accesible.

<sup>13</sup> H. Arendt “Entre el pasado y el futuro. Ocho ejercicios sobre la reflexión política”. Península, 2003

técnica. Y finalmente, la dimensión de la autoridad (“autoritas”) la ejerce cuando consigue tener un liderazgo moral que la sociedad le concede por su actuación en los casos de conflicto de intereses

Por ello, se ejerce una débil Autoridad Sanitaria, cuando esta autoridad se impone por el poder sin argumentación, ni liderazgo asociados (Autoritas). También cuando hay un desprecio de la política (Potestas) y una reivindicación de una supuesta neutralidad científico-técnica. Ejemplos son la promoción de institutos “independientes” de Salud Pública o el propio Gerencialismo, tal como lo describimos anteriormente. Desde esta visión tecnocrática, se produce una delegación de las decisiones en la población “informada” y en “las fuerzas del mercado”. El mayor desgaste de la Autoridad (Autoritas) y liderazgo moral de la Sanidad se produce por no defender el derecho de la salud en momentos de conflicto de intereses.

Debemos reivindicar una Nueva Autoridad Democrática en Salud Pública que combine las dimensiones técnico-profesionales (información y vigilancia) con las más políticas de defensa de los intereses colectivos y del bien común. Sin embargo, esta combinación tiene que ir asociada a una democratización de la dimensión técnica: incorporando otros discursos, otras metodologías, otras epistemologías y favoreciendo un “cruce de saberes” (entre el saber técnico y el saber lego). A la vez que una democratización de la dimensión política: mediante la participación ciudadana y la transparencia en el ejercicio de este poder. La brújula debe ser la búsqueda del empoderamiento para la salud de las comunidades

### **Conclusión: TRUCO O TRATO**

Llegado a este punto final, retomo el título de esta conferencia, diciendo que entre “Truco o trato”, elijamos el segundo cuando el truco que llama a nuestra puerta tiene dos acepciones. El Truco como sinónimo de engaño enunciado como “Más sanidad es más salud”, como “Basta con gestionar bien la sanidad” o incluso como “Basta con regular el mercado”. Pero también cuando el truco es sinónimo de susto: cuando desde la sanidad se difunde el mensaje alarmante de que estamos rodeados de riesgos que debemos prevenir con decisiones individuales o teniendo un buen seguro médico,...que te chequea a todas horas con la última tecnología.

Prefiramos el Trato, cuando este se refiera a un nuevo pacto social que asegure a la vez el derecho a la sanidad y el derecho a la salud