



Asociación para el Estudio de Temas Grupales,  
Psicosociales e Institucionales

## **AREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES**

(ISSN 1886-6530)

[www.area3.org.es](http://www.area3.org.es)

Nº 5 – Otoño - Invierno 1997

### **Comentarios a la carta de Javier Segura**

*José Luis Turabián / B. Pérez Franco (1)*

Creemos que se produce una coincidencia en la determinación del problema (el avance del neoliberalismo) y en su análisis.

Para contribuir a su solución el propio J. Segura presenta una “táctica” de acciones exitosas y que midan resultados en salud para reequilibrar la fuerza perdida por la salud comunitaria (SC). Asimismo, considera excesivamente optimista la estrategia presentada: aliarse aparentemente a los objetivos del sistema: satisfacción (por ejemplo, participación en la toma de decisiones clínicas), eficiencia (por ejemplo, atención en grupo a los problemas crónicos de salud), etc., para hacer factibles las acciones en salud.

Quizás J. Segura es demasiado pesimista o carece de información, cuando plantea que las experiencias concretas de salud comunitaria en nuestro país, durante el desarrollo de la Reforma Sanitaria (se entiende de la atención primaria -AP-, pues la Reforma Hospitalaria está por hacer) en las dos últimas décadas, son escasas, marginales y escondidas, pues otros expertos con orientaciones ideológicas y prácticas diferentes entre sí, y desde la propia AP, se echan las manos a la cabeza precisamente por lo contrario: por la confusión entre medicina de familia y SC, el excesivo énfasis de la proyección comunitaria y de SC por parte de la AP, y que -¡lo que es aún peor!- se mantiene con el discurso del mercado actual (1, 2).

Nos bastaría repasar los originales publicados durante los últimos años en las revistas de AP, como *Atención Primaria* o *Centro de Salud*, u observar los cientos de experiencias relatadas en las bases de actividades de la Red Andaluza de Promoción de Salud, o conocer el inicio desde 1996 del Programa de Actividades Comunitarias en Atención

---

<sup>1</sup> J. L. Turabián y B. Pérez Franco son especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria. Toledo.

Primaria de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), que pretende impulsar los contenidos comunitarios de la AP, promoviendo actividades comunitarias en la actividad asistencial, favoreciendo el intercambio de experiencias, la investigación y la docencia en este campo, u ojear la revista *HUMANA*, también promovida por la semFYC desde 1996, donde se incluye una sección de experiencias de SC dentro de una revista de humanidades, ciencias sociales y medicina...(y sin entrar en los canales de difusión más "específicos" de la SC), para estar de acuerdo con J. Segura en que también creemos que la batalla no está perdida.

Realmente, me parece que artículo y "reflexiones sobre el artículo" son complementarios, dado que Segura propone la estrategia (que llama táctica) y en el artículo se propone la verdadera táctica para lograr esa estrategia, para lograr que esas acciones sean posibles. El artículo "abre la puerta por donde Segura pasa".

Sin embargo, los últimos comentarios de Segura, que hacen referencia a lo incompatible de mercado y SC, parecen surgir desde la base ideológica de la SC que él mismo rechaza.

La alternativa de la SC está en partir de los problemas reales y concretos de los profesionales sanitarios, de las necesidades de la gente, y en adaptarse a los modelos sanitarios y sociales vigentes, y desde ellos plantear innovaciones.

La SC es necesaria (también) para alcanzar una asistencia clínica individual de calidad científico-técnica, y comparte ciertos elementos con el nuevo paradigma, aunque beba éste en las fuentes del neoliberalismo y esté enamorado del mercado (TABLA 1). Es impensable una opción de SC que no parta de lo que hay, en donde estamos, con lo que tenemos. Pero además, es que el "producto" SC puede ser competitivo en ese nuevo mercado (3), es decir, que ese escenario no sólo no nos debe intimidar, sino que las dificultades pueden transformarse en retos y los problemas en oportunidades de desarrollo y progreso.

**TABLA 1**  
**Elementos compartidos entre SC/Promoción de Salud (PS)/Educación para la Salud (EpS) y mercado**

1. Autogestión de los servicios y elección de la población.
2. La transformación del modelo: oportunidad para poner fin al modelo biomédico.
3. Disminución del coste: eficiencia. Los programas de SC/PS son, en la mayoría de los casos, baratos, aunque se tenga que mantener la atención en aumentar su efectividad.
4. Aumento de la satisfacción del usuario: los pacientes que comunican que sus médicos u otro personal de salud han discutido uno o más tópicos de EpS con ellos, están con mayor probabilidad más satisfechos con su médico, que los pacientes que comunican que no se ha dado esta EpS.
5. Interés en la participación comunitaria (PC): la toma de conciencia creciente de que la PC en los asuntos de salud proporciona un mayor impacto y eficacia; hay un movimiento hacia la "democratización": descentralización, defensa de los derechos de los consumidores, creciente papel de las ONG, mayor peso social y político de los grupos marginales, toma de conciencia de la necesidad de enfoques intersectoriales.
6. Muchos métodos e ideas del control de calidad en el mercado (centralidad del cliente, necesidad de mejora continua del servicio, y pensamiento sistémico), son congruentes con la buena práctica de SC/PS, y pueden así ayudar a implementar más ampliamente la SC/PS.
7. Las responsabilidades de los financiadores en el mercado sanitario (los compradores de servicios de salud – Autoridades Sanitarias a distintos niveles – a los proveedores de los servicios – profesionales sanitarios, Centros de Salud...) pueden también favorecer la SC/PS considerándola como un servicio competitivo, mediante acciones para:
  - Influenciar el mercado para asegurarse que haya servicios de SC/PS para contratar.
  - Seleccionar el contratar con los proveedores de servicios de SC/PS de mejor calidad.
  - Negociar el contrato especificando los requerimientos de calidad del servicio de SC/PS, y las responsabilidades del proveedor de SC/PS.
  - Siguiendo la ejecución del contrato, revisando la implementación de la SC/PS y obteniendo "feed-back" del público respecto al servicio de SC/PS.
  - Revisando el contrato para acordar cambios que mejoren la SC/PS, o buscando nuevos proveedores alternativos en caso de que la calidad del servicio de SC/PS sea inaceptable.

## Referencias bibliográficas

1. GÉRVAS, J.: "La reforma psocialista de la atención primaria: una oportunidad perdida". *Cuadernos de Gestión* 1996; 2: 232-233.
2. BORRELL I CARRIO, F.: "La reforma de la atención primaria supuso un gran paso adelante en la dirección correcta". *Cuadernos de Gestión* 1996; 2: 225-231.
3. OVRETVEIT, J.: "Quality in health promotion". *Health Promotion International* 1996; 11: 55-62.