



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES (ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 18 – Invierno 2014

Equipos de salud. Conflictos y su contexto social¹

Elena Aguiló Pastrana²

Coincido con Emilio en la necesidad de entender la difícil situación actual en el área de la Salud Mental, de la Atención Primaria y de nuestros propios equipos y acciones profesionales, “nos va la vida en ello”, ya que son parte de nuestra memoria y nuestro recorrido profesional. Por eso me animo a compartir algunos comentarios que me ha suscitado la lectura de su trabajo.

Emilio dice desde el título y el encuadre en que fueron presentadas sus reflexiones que habla de conflictos en los equipos de salud. Lo hace como psicólogo, interesado en impulsar proyectos y miradas grupales, no solo a los pacientes sino también a las instituciones y así se pregunta por esos profesionales funcionando como grupo, por sus procesos, sus resistencias y liderazgos, desde una mirada intencionadamente “desde dentro”, comprometida y reflexiva de todo un devenir histórico de los equipos de salud. Yo, haré algún comentario sobre esta cuestión desde la Atención Primaria. Me apoyo en referentes como M. Cucco en la lectura de las contradicciones institucionales y profesionales y J. Irigoyen en su análisis de los procesos sociohistóricos que se vivieron en los servicios sanitarios de nuestro país desde la desaparición del franquismo.

En los ochenta se instaura una reforma sanitaria en el contexto de una transformación social de gran calado, que Irigoyen inscribe en un camino hacia un estado de bienestar completo. Describe el proceso en estos términos:

La atención primaria fue refundada en España en los primeros años ochenta, como consecuencia de la combinación de varios acontecimientos de gran magnitud. Las críticas en ámbitos internacionales y globales al crecimiento de los sistemas sanitarios

¹ Comentario a Emilio Irazábal: “Equipos de salud. Conflictos y patologías”, en este mismo número.

² Elena Aguiló es médica de familia del Servicio Madrileño de Salud y miembro del Departamento Docente del Centro Marie Langer.

*hospitalocentristas, generan un giro en la valoración de la atención primaria, dando lugar a los felices años del estado de expectación creciente acerca de la AP. En el nivel local, el final del franquismo y la creación de un estado democrático, reaviva todas las cuestiones pendientes. Una de ellas es el deplorable estado de la red de ambulatorios. El resultado es la instauración de una reforma sanitaria... en el contexto de una transformación general, que se inscribe en el camino hacia un estado de bienestar completo.*³

Son muchas las expectativas en esos momentos iniciales, en los equipos de salud mental, en los equipos de atención primaria, y en muchas otras instituciones públicas. Se da la apariencia de que todo el cambio era posible, la apariencia de positividad en las relaciones de poder, la apariencia de que se estaba consolidando e instituyendo un cambio radical centrado en las necesidades comunitarias, algo que “hace pensar en una utopía socialista”.⁴

Y es interesante preguntarse por el equipo, pues “equipo” es el nombre que se dio en esos momentos de idealización.

La generación de profesionales que vivió los momentos iniciales de este proceso conforma un contingente plural de personas, grupos y colectivos, que también han tenido en la institución recorridos biográficos muy diversos, y esos cruces determinarán tanto las líneas de conflictos en los equipos como las diferentes posiciones, y las salidas ante dichos conflictos. Y también hay algunos elementos de análisis sociohistóricos que resultaron claves para estos recorridos.

Es necesario decir que el desarrollo de la Atención Primaria (AP) que se ha materializado no fue lo que declaraban aquellas felices expectativas. Se hicieron unas cosas pero no otras. Se organizaron los centros y sus procesos asistenciales, se normativizaron las relaciones profesionales y la oferta de servicios, se dotaron y construyeron infraestructuras, se avanzó en la sistematización, protocolización e informatización de los procesos asistenciales y preventivos en la consulta, se crearon unidades de apoyo y se procuró una mejor coordinación entre niveles... todo eso se hizo. Pero aunque la concepción de Atención Primaria de Salud (APS) debía de referentes y declaraciones cargados con los términos de interdisciplinariedad y superación del rol tradicional médico, para alcanzar trabajo en equipo, la participación y la auto responsabilidad ciudadana, estas cuestiones quedaron muy desdibujadas o como asignaturas pendientes apenas abordadas. Tomando las palabras de M. Cucco⁵, en el desarrollo de la AP quedaron “vacíos teóricos metodológicos y prácticos” entre los que se cuentan el trabajo de los roles profesionales asignados-asumidos, avanzar en el trabajo en equipo, el conocimiento de las dinámicas grupales y la imprescindible dimensión comunitaria del trabajo profesional en salud.

Y de este modo gran parte de la potencialidad transformadora que supuso la concepción de APS en los 70-80 quedó bloqueada. Y se explican desde ahí muchas

³ (<http://www.juanirigoyen.es/2014/12/los-siap-y-la-irrupcion-de-los-medicos.html>)

⁴ Irazábal. Artículo comentado.

⁵ CUCCO, M. (2001). Paradigmas predominantes en Atención Primaria de Salud. X Encuentro de Psiquiatría Social. Regla. La Habana. Revisado en agosto 2014. disponible en www.procc.org

de las contradicciones, paradojas y malestares actuales de la institución sanitaria, y sus protagonistas: los profesionales, los equipos, y las necesidades de la población.

Otro elemento clave son las reestructuraciones sucesivas que ha sufrido la AP desde su refundación, principalmente determinadas por un potente acontecimiento global, como es la reestructuración neoliberal, que produce efectos en todos los espacios sociales de forma globalizada. Se generan sociedades con gran tendencia a la fragmentación social y múltiples ejes de desigualdad. Y los estados del bienestar no encajan en este nuevo contexto.

Es claro que las expectativas iniciales de la AP y los servicios de salud mental, dirigidos a las necesidades del conjunto de la población y, con énfasis en los segmentos en desventaja, no están en consonancia con los supuestos del mercado neoliberal que entiende la salud y la asistencia sanitaria como un sector productivo en expansión.

Vemos como hoy las organizaciones sanitarias se ocupan más bien de gestionar la demanda que de atender las necesidades y promover la salud (entendida de forma integral) de los ciudadanos. Se ha implantado desde los 90 hasta hoy un discurso que se presenta como saber dominante en las organizaciones, también las públicas, que se ha denominado el “gerencialismo”⁶. La gestión se presenta así como un saber y un método providencial, portador de la única racionalidad posible, que pretendió representar lo nuevo-moderno frente a lo anticuado o utópico, y desde ahí revisa los conceptos claves del discurso del bienestar social, en nuestro caso, de la salud: políticas públicas, necesidades en salud, atención sanitaria, promoción de salud, prevención, participación comunitaria...

El fenómeno gerencial ha sido determinante en las estructuras organizativas de los sistemas de salud y especialmente en la Atención Primaria, y sentó las bases para hacer posibles después las políticas privatizadoras. Creo que los cambios que señala Emilio Irazábal en los discursos institucionales que llegan a los equipos, coinciden y son consecuencia de todo esto.

Estas modificaciones institucionales y sociales tienen un impacto decisivo sobre los imaginarios profesionales, que resultan manifiestamente escindidos. Hay una extensa cartografía, perfilada por Irigoyen en el post citado más arriba, que ilustra la diversidad de posiciones profesionales, roles y dinámicas internas descritas por Irazábal desde dentro de los equipos, que no son desligables de cuestiones de posición ante esta modificación radical del discurso institucional. Y en las dinámicas de los equipos, insertados como lugares institucionales de nuestra acción profesional, un lugar de particulares tensiones es el lugar de la coordinación.

Me parece clave señalar que se produjo un cambio radical en el discurso institucional sin variar ni cuestionar explícitamente los discursos del modelo previo, que quedó fuertemente subvertido y bloqueado. Esta ambivalencia institucional (ambivalencia o doble discurso, ejercida en mi opinión desde muchos de sus actores con hipocresía y fingimiento) ha dado al gerencialismo gran parte de su eficacia. Pues tal vez un cuestionamiento radical de los discursos iniciales habría alarmado a

⁶ Tomado de Irigoyen J. Perspectivas de la participación en salud después de la reforma gerencialista. En revista Comunidad 2004 (7): 73-79. Disponible en www.pacap.net

Reelaborado en: Aguiló, E. (2008). *Contexto actual de la Atención Primaria: Dificultades y oportunidades para las actividades comunitarias*. Revista clínica electrónica en Atención Primaria. (16). Disponible en <http://www.fbjoseplaporte.org> y en www.procc.org

muchos de los profesionales implicados, que permanecieron tranquilos, en sus ocupaciones. Dos décadas después el plan González de privatización de los Hospitales y Centros de Salud de la Comunidad de Madrid generó ese movimiento de alarma, ante los hechos innegables e inminentes, pero el discurso gerencial, y la implantación de la nueva institución de la evaluación (Irigoyen 2013) ya habían fragmentado los equipos e hiper-individualizado a sus profesionales, **olvidados de esos discursos iniciales y sumidos en otros de signo diferente.**

En la reorganización sufrida por la AP, el gerencialismo ha descafeinado el discurso de la concepción inicial pero no lo cuestionó explícitamente, y usa elementos parciales de ese discurso cuando le resulta conveniente. Sin embargo ambos discursos derivan de lógicas e ideologías opuestas, y son por eso difíciles de conciliar (gerencialismo e ideología neoliberal frente a “lo que parecía una utopía socialista” en las palabras de Emilio). Así se ha producido una auténtica reconversión, nunca declarada, de los servicios sanitarios, y tiene efectos en los profesionales y en la atención prestada a la población.

El rol de la coordinación de los equipos de salud, no puede quedar desconectado, todo lo contrario, de esta reorganización institucional ya que ha sido la línea directa de transmisión de los discursos y cauce de las relaciones. Y por eso son tan difíciles de mantener los espacios de encuentro y reflexión en nuestros equipos de salud, tan difícil hacer avanzar ese segundo encuadre grupal de trabajo horizontal de los equipos. Son frecuentes los dilemas, las resistencias y bloqueos en los equipos, y además favorecen a la institución. Así es tan grande la pasividad, el aislamiento y el desgaste profesional en nuestros días.

Pero también, como dice Emilio, es una responsabilidad ética seguir buscando a contracorriente, abrir espacios para esos micro-contra-poderes en el equipo y abrirnos al afuera de nuestras cómodas consultas. Seguir luchando, por lo que es la atención a las necesidades humanas, a su elucidación y a la reparación del malestar. Solo eso da sentido a la acción profesional, desde nuestros diferenciados roles en los equipos de salud.