



LAS RELACIONES DE LAS
SOCIEDADES CIENTÍFICAS
CON LA ADMINISTRACIÓN

Sociedades científicas y Atención Primaria

Dr. Jesús Hernández Díaz
*JEFE DE ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA.
DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN SANITARIA
DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA*

La celebración de los 20 años de la reforma de la AP en España (1984-2004) ha servido de reflexión sobre la situación actual y de futuro de la Atención Primaria, sin olvidar (pobre sociedad que olvida su historia) la realidad histórica sanitaria en el nivel más cercano a la población en el pasado inmediato, es decir, previo a la llamada Reforma. Y ello porque la asistencia sanitaria y la Atención Sanitaria Primaria han existido siempre.

Sería poco serio pensar que la Atención Primaria nació con la Reforma. Es obligado recordar la prestación sanitaria a partir de la Sanidad Nacional y sus Cuerpos Nacionales de Médicos y Practicantes artífices de esa ATENCIÓN y no sólo asistencia sanitaria tanto en el mundo rural como urbano de nuestra geografía.

Cuando la salud pública era higiene y sanidad, cuando la educación para la salud se limitaba al consejo en el domicilio familiar o a la instauración de alcantarillado en las calles o a no tirar las basuras en cualquier esquina, cuando la herramienta tecnológica se limitaba al fonendo y los programas de prevención aconsejaban comer bien y vacunarse de la tuberculosis y la formación inexistente salvo las revistas y las visitas promocionales documentadas... estábamos realizando Atención Sanitaria. Y todo ello con el olvido de las jerarquías y la veneración por parte de los pacientes a los que se conocía desde el parto.

Por tanto, una prestación eficiente por el bajo coste que suponía y capacidad resolutoria con una valoración alta por parte de la población (no se discutían las decisiones del médico, por otra parte).

Recordar que la evolución social en nuestro país se movía en los años finales de la dictadura y la transición. Es entendible, pues, el clima que también en sanidad trajo la necesidad de cambio. En este aspecto, la prestación sanitaria estaba fundamentada en el hospital como centro único de conocimiento científico alentado desde las administraciones, de ahí muchos de los tics que aún perduran referentes a la Atención Primaria.

Por otro lado, la tecnología al uso no permitía disponer de comunicación fácil, imposibilitando la relación, comunicación o cualquier tipo de contactos con los niveles que conocemos actualmente.

Esta realidad social sirve de matriz al nuevo licenciado, la creación del sistema MIR, el empuje del mundo del conocimiento, la posibilidad de discrepar, la consideración de la salud pública como hilo conductor del progreso sanitario, la investigación y, en definitiva, considerar al ciudadano protagonista y actor de su salud y de su bienestar, hacen necesario foros, lugares de encuentro, grupos de debate donde profesionales con unas peculiaridades similares puedan compartir conocimientos e inquietudes. Nos estamos refiriendo a las sociedades científicas.

Y así, en el año 1973, surge la Sociedad Española de Medicina General, germen de la posterior SEMERGEN (Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista), que pretende englobar a todos los médicos rurales con el objetivo de luchar contra las condiciones laborales y formativas que se daban en aquel momento. Se reclamaba formación postgraduada como para las demás disciplinas y una formación que llegó efectivamente de la mano del programa MIR de Medicina de Familia. De la coordinadora de «MIREs» también por planteamiento reivindicativo surge, en 1982, la SEMFYC con las posteriores sociedades autonómicas. Finalmente, en 1988, se constituye la Sociedad Española de Medicina General (SEMG).

De una procedencia reivindicadora inicial se pasará a una apuesta por lo científico y sin relación con causa sindical, según recogen los estatutos de las sociedades.

Con la creación de las zonas básicas de salud, los equipos, se pasa a considerar el trabajo sanitario como una labor en común frente al aislamiento precedente, la atención continuada: fin a la presencia permanente durante 24 horas, los programas (cientifismo), la

formación... La reforma estaba en marcha. El Decreto 137/84 organizaba legalmente las estructuras y se hablaba de nuevos conceptos como el de coordinador, formación, unidades de docencia, calidad, etc. Es cierta la distinta velocidad de implantación de la reforma, pero cierto es también el cambio que se operó en todos los órdenes.

En 1986, la Ley General de Sanidad marca definitivamente el modelo de sanidad moderna que se propone para desarrollar los principios de universalidad, equidad y democracia, teniendo al ciudadano como principal protagonista del gran teatro sanitario y social de finales del siglo xx al igual que habíamos comentado con la AP.

A día de hoy es evidente que no todas las expectativas se han cumplido, pero al igual que es necesaria la revisión dinámica y la reflexión activa en conceptos utilizados en AP (programas, calidad, gestión, participación, etc.) obligado es reconocer el avance y la calidad de nuestro sistema sanitario.

En estas coordenadas las SSCC (sociedades científicas) han desempeñado un papel preponderante. La generación de conocimiento a través de la investigación clínica, biomédica, epidemiológica o de servicios sanitarios constituye uno de los pilares de sostenibilidad de la profesión sanitaria médica o de enfermería, ya que el mismo, el conocimiento, es el activo fundamental de nuestro sector.

Las SSCC deben «obligar» o estimular al sistema sanitario, a través de las correspondientes administraciones, a garantizar la producción de conocimiento de calidad suministrando las herramientas para ello. Y ellas mismas, fomentar la competencia y la calidad científica, la investigación como clave para consolidar la Medicina de Familia en la realidad científica incluyendo al paciente como beneficiario y destino final de la misma. La generación de conocimiento vemos que vuelve a asomarse como línea argumental.

Participar en la planificación, generar y fomentar la formación tutelada, evaluable y con valor específico a niveles de reconocimiento, por ejemplo en la carrera profesional ya en marcha en determinadas comunidades y de obligada implantación según el estatuto de las profesiones sanitarias. Colaborar críticamente con las administraciones sanitarias, en la exigencia y en el debate para la mejora; potenciar el campo de la docencia, íntimamente ligado a la investigación extendiendo las posibilidades metodológicas a todos los profesionales, generar expectativas novedosas ante los evidentes y necesarios cambios y propuestas de gestión que el futuro próximo nos exige afrontar. En definitiva, las SSCC deben garantizar la evidencia científica y el avance en el conocimiento y la participación.

La aparición de las nuevas tecnologías ha supuesto una herramienta de enorme impacto en el desarrollo de la AP. Diría que es la auténtica revolución por encima de muchos de los avances obtenidos. Hablar de historia clínica electrónica, simplificación del real e innecesario papel burocrático del médico, digitalización de las imágenes, prescripción informatizada o receta electrónica, sistemas de información rápidos y ágiles a disposición del profesional, Internet en las consultas, formación online, consultas bibliográficas, etc., son ejemplos de herramientas que ponemos a disposición para mejora de la calidad.

Calidad en la aplicación del conocimiento, en la mejora de la variabilidad, en la relación interniveles o con el exterior, en la evaluación de las actividades e incluso en la calidad de prescripción. La participación de las SSCC en el desarrollo de las nuevas tecnologías ha sido imprescindible. No serían entendibles propuestas sin la recomendación y el apoyo de quien debe gestionar tales herramientas.

Los grupos de trabajo de las distintas sociedades aportan con sus documentos elementos básicos de reflexión y debate. Muchos de ellos han servido de modelo para su implantación en ámbitos diferentes y, al ser fruto del consenso racional y sostenible son, por tanto, útiles.

El recorrido de la Reforma en el final del siglo XX ha desembocado en la época transferencial de las comunidades aún no transferidas, en 2002. Este proceso de descentralización ha facilitado en el ámbito que comentamos la mayor cercanía y mejor conocimiento con las sociedades, por obvio que parezca. Las posibilidades de colaboración y de debate han supuesto en nuestro caso multiplicar las propuestas, la formación, la toma de decisiones y el nivel de conocimiento de determinados problemas que al abordarlos simplifican las diferencias y facilitan su resolución.

La dinámica de la sociedad, y por tanto también de las organizaciones, obligan a afrontar retos y cambios no percibidos hace poco tiempo. En el mundo sanitario, de la inflación de profesionales de los años ochenta hemos pasado a la escasez actual motivada por diversos factores que las sociedades deben analizar junto con las administraciones y la propia sociedad, ya que el hecho redunda en esa calidad que todos defendemos.

La mayor participación de los pacientes en sus decisiones abona el campo de la corresponsabilidad. Este aspecto ya recogido en AP pero no bien desarrollado ahora toma un mayor peso específico ya que el incremento de la demanda, la mayor información de los pacientes, la exigencia de una atención de calidad, etc., obliga a una mayor implicación siendo las SSCC, vinculadas a la realidad diaria de la práctica, las catalizadoras de la reflexión entre las partes: profesionales, pacientes, Administración.

A modo de ejemplo, esa reflexión se ha manifestado en el llamado decálogo para la mejora de la AP, realizado por las tres sociedades más representativas de España (SEMG, SEMFYC, SEMERGEN) donde se plantean cuestiones como la mayor financiación de la AP frente al hospital, cupos racionales, aplicación de la carrera profesional, utilización de las tecnologías, etc., que algunas administraciones hemos utilizado como hilo conductor en determinadas decisiones.

En la misma línea, el Ministerio de Sanidad y Consumo, recientemente ha puesto en marcha el Proyecto AP21, acerca de nuevas propuestas de mejora para la Atención Primaria. La participación de las SSCC en los cinco grupos de trabajo es primordial y básico como reconocimiento del verdadero papel que juegan. Este foro ha de realizar las propuestas de mejora y el cambio necesario, aprovechando lo existente, que vitalicen a nuestro ámbito porque revitalizar sería reconocer un cierto fracaso inexistente desde mi punto de vista.

El esfuerzo que las sociedades científicas realizan debe ponerse a disposición de la sociedad. Los protocolos, los documentos y las actividades formativas redundan en los profesionales de Atención Primaria. Este escenario que en otra época podía carecer del rigor científico exigido, según opinión discutible, dispone de toda una batería de recursos y herramientas capaces de resolver el 90% de las situaciones que se presentan en AP.

Queda claro el marco de relación de las SSCC con las administraciones.

Entendiendo la función de las sociedades como garantes de la mejora de la Atención Primaria, a veces es difícil separar la línea de actuación de la reivindicación de mejoras con las meramente laborales, baste recordar el origen de las sociedades. El riesgo de identificación haría perder credibilidad a la sociedad científica perdiendo su verdadero significado. Por ello todo lo que se escape a la mejora desde el punto de vista científico dañaría la propia imagen sin olvidar que la gestión del conocimiento requiere mejoras también laborales y existe el foro de encauzar las mismas.

Otro marco de relación dentro del mundo sanitario se localiza en los colegios profesionales. Tal relación se debería enmarcar en la aplicación del código deontológico, en la buena praxis y en el correcto código ético de los profesionales al estilo de otros países como el

Reino Unido, sin olvidarnos de la formación conjunta que se debe ofertar desde los colegios, pero con la garantía científica de las sociedades.

Por tanto, el papel de las sociedades exigiendo y participando de la aplicación de los principios científicos en la práctica diaria es clave. Además, la legislación ofrece posibilidades para manifestación conjunta de ambos estamentos: segunda opinión, variabilidad y praxis respecto a los principios hipocráticos, confidencialidad, protección de datos, comités de bioética, etc.

Finalmente, las sociedades deben estar abiertas a la sociedad civil e involucrarse en los problemas de salud de esa sociedad porque, en definitiva, todos los estamentos mencionados buscan la mejor solución para una sanidad sostenida con dinero público que debe estar al servicio de los ciudadanos y que reclama mayor participación en las decisiones, a través de órganos creados al efecto como los consejos de salud.

Bibliografía

La excelencia en Medicina de Familia y el pensamiento único en AP. Cañones PJ. Página web de SEMG. www.semg.es.

Estatutos de la SEMG.

Página web SEMERGEN. www.semergen.es.

Página web SEMFYC. www.semfyc.es.

Página web Ministerio de Sanidad y Consumo. www.msc.es.

Estatutos de la SEMFYC.

Foro Médico Nacional de AP. Madrid; 2004.

Plan de mejora de AP de la Comunidad de Madrid; 2004.

III Encuentro FORANDASLUS; 2005.

Documentos de opinión para AP. La carrera profesional en AP. SEMERGEN; 2005.

11. Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible. En: Repullo Jr, Oteo LA. Editores. Edit Ariel 2005; 16: 406.
12. Claves para la gestión clínica. En: Ruiz L. Madrid: Ed. McGraw-Hill; 2004.