

Discursos médicos y políticos sobre la salud comunitaria durante la transición democrática española

JUAN CARLOS DURO MARTÍNEZ
Universidad Complutense de Madrid
jcduro@cop.es

Resumen

En este artículo analizaremos los discursos políticos y profesionales sobre salud comunitaria en los años setenta, es decir en el período que va desde los últimos años de la dictadura de Franco y la fase de la transición democrática que termina con el triunfo del PSOE en las elecciones generales de 1982.

En primer lugar señalaremos la herencia sanitaria del franquismo y, en íntima relación con las condiciones sociopolíticas de la época, analizaremos los discursos emergentes en torno a la salud provenientes de los movimientos de profesionales sanitarios.

El discurso reformista de UCD y los discursos de los partidos políticos de la oposición de izquierdas (PSOE y PCE), todos ellos influidos por el discurso social de cambio (también en la sanidad) y por los discursos de nuestro entorno democrático y de organizaciones supranacionales, especialmente la OMS, serán el hilo conductor hasta los planteamientos de salud comunitaria de comienzo de los años ochenta.

Palabras clave: *Transición democrática; Discursos médicos; Salud comunitaria; Movimientos profesionales; Reforma Sanitaria*

Doctors and political discourses on community health during the Spanish transition to democracy

Abstract

In this article we will discuss political and professional discourses about community health in the 1970s, i.e. in the period that goes from the last years of Franco's dictatorship and the stage of the democratic transition which ends with the victory of the PSOE in the general elections of 1982.

Firstly we will point out the health legacy of the Franco regime and, in intimate relationship with the socio-political conditions of the time, will discuss

emerging discourses in the health coming from the movement of health professionals.

Discourse reformer of UCD and the discourses of political parties of the opposition of leftists (PSOE and PCE), all of them are influenced by the social discourse of change (in health care) and by the speeches of our democratic environment and supranational organizations, particularly who, the thread will be up to the beginning of the 1980s community health approaches.

Keywords: *Democratic transition; Medical discourses; Community health; Professional movements; Health Reform*

1. La situación sanitaria durante el franquismo

Para comprender el nacimiento de la salud comunitaria en España tenemos que partir de la situación previa de la asistencia sanitaria durante el periodo del régimen de Franco y analizar las líneas de influencia que contribuyeron a que las reformas en el campo de la sanidad tomaran el modelo de atención primaria como eje (al menos teórico) de toda la Reforma Sanitaria.

La evolución de las diferentes tendencias acerca de los servicios sanitarios en España queda reflejada en la legislación que sobre la sanidad se ha desarrollado durante los últimos 50 años. Así, una pequeña descripción muestra lo que ha venido aconteciendo en esos años y, por tanto, los antecedentes de las tendencias futuras.

En 1942 se establece el Seguro Obligatorio de Enfermedad bajo el Instituto Nacional de Previsión y mediante el cual comienza a funcionar un sistema de cobertura de riesgos sanitarios de la población trabajadora garantizado mediante una cuota aportada vía salario por el trabajador. Este Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) cubrirá la atención sanitaria de los trabajadores en lo que se refiere a la asistencia ambulatoria y hospitalaria. La asistencia médica ambulatoria de primer nivel estaba a cargo de los médicos generales de cupo, auxiliados por enfermeras con la ‘terapéutica’ misión de rellenar las recetas y los ‘volantes’ para el especialista (los famosos P-10) que los médicos ‘dispensaban’ en los 2-3 minutos de consulta por enfermo. El segundo nivel de especialistas ambulatorios no iba mucho más allá, siendo paso obligado para la atención hospitalaria, que era la considerada verdaderamente de calidad. En el caso de la atención psiquiátrica todavía la realidad era más dramática al estar supermasificadas las consultas de los neuropsiquiatras de ambulatorio y quedar reducida la atención hospitalaria a los vetustos manicomios, más tarde llamados hospitales psiquiátricos. Las personas sin Seguridad Social estaban cubiertas por los Servicios de Beneficencia

dependientes de los Ayuntamientos. Además en el año 1944 se presenta la Ley de Bases de Sanidad Nacional que sitúa a la Dirección General de Sanidad como órgano supremo de la sanidad española. La formulación de dicha ley supone asumir por parte de la Administración Pública la atención de los problemas sanitarios que afectan a la colectividad, recogiendo para ello las funciones que desempeñan los llamados Centros Primarios y Secundarios de Salud, en lo que sería más adelante la Salud Pública. A su vez la ley de Régimen Local de 1955 establece las competencias de las diputaciones sobre los hospitales psiquiátricos.

Se establecerá así una separación clara entre el régimen asistencial cubierto por la Seguridad Social, racionalizado administrativa y financieramente a través de la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963, y la Beneficencia Municipal y la actividad preventiva y de salud pública cubierta por la Sanidad Nacional a través de los sanitarios locales en estrecha relación con los Ayuntamientos.

Por tanto, al menos teóricamente, la administración comienza a plantear, a mediados de los años cuarenta, una acción de prevención y de salud pública, además de la función asistencial de carácter individual. Incluso en el preámbulo de la Ley General de Sanidad se ha llegado a decir que el dogma que se desprende de la Ley de Bases de la Sanidad Española es el de la autosuficiencia del individuo para atender sus problemas (Ministerio de Sanidad, 1986). Sin embargo, su desarrollo se vio dificultado por la organización misma de la institución sanitaria ya que, a pesar de que se produjo la creación de nuevas estructuras públicas (y que reflejaban el deseo de organizar la sanidad en diferentes subsistemas de actuación y función determinados), la existencia de un sistema de previsión dirigido a los trabajadores hizo que las diversas estructuras sanitarias quedaran al margen de la organización general, dándose el caos de redes paralelas característico de este período. Las consecuencias de la falta de coordinación, según Marset y otros, fueron estructurales (duplicidad de redes sanitarias, separación de las tareas asistenciales-terapéuticas de las preventivas y promotoras), organizativas (modelo de funcionamiento basado en el autoritarismo, el centralismo y la jerarquización, características de una ideología fascista), económicas y científicas (escasa producción científica de índole salubrista) (Marset, Saez e Martínez Navarro, 1995)

En cualquier caso, esta Ley de Bases sienta algunos precedentes que sirvieron de lejano antecedente para la atención primaria que se articularía posteriormente, entre otras, porque:

1. Se conforman los Partidos Sanitarios, que son los distintos ámbitos territoriales de actuación de los profesionales sanitarios y que recuerdan a las Zonas Básicas de Salud de la Ley General de Sanidad.

2. Da importancia a la prevención de problemas comunitarios y, por tanto, abre el punto de mira desde el individuo como principal sujeto de la atención clínica sanitaria a la comunidad como objeto de intervención en salud pública.

3. Se produce la creación de Consejos Municipales de Salud como órganos asesores en los Ayuntamientos cuyo fin es velar por el cumplimiento de las disposiciones sanitarias tanto de carácter nacional y provincial como local (López Jiménez, 1994).

Entre los años 50 y 70 se produce un importante desarrollo de construcción y puesta en marcha de macrohospitales, cuyo aspecto legal queda reflejado en la Ley de Coordinación Hospitalaria de 21 de julio de 1962, mediante la cual se propugna la creación de gran número de comisiones interministeriales que implican un importante fomento de la coordinación y cooperación en cuanto a los diferentes establecimientos hospitalarios.

Es decir que como herencia sanitaria del franquismo existe un Seguro Obligatorio de Enfermedad con una asistencia ambulatoria para los trabajadores, supermasificada y basada en la atención bio farmacológica, una atención de beneficencia para los indigentes y grandes hospitales con una deshumanizada atención biologicista. La actividad preventiva se realizaba teóricamente desde los Centros Primarios y Secundarios y desde la práctica por los sanitarios locales (médicos y 'practicantes'/ATS) que se ocupan exclusivamente de las vacunaciones y de las enfermedades de declaración obligatoria.

Más allá de la supervivencia y el continuismo de las prácticas e instituciones heredadas del franquismo, en todos los órdenes de la vida social comienzan a producirse discursos políticos de carácter reformista desde los círculos próximos al poder político, ya tímidamente desde una cierta apertura del primer gobierno de la Monarquía, ya desde UCD, partido gobernante desde 1977 a 1982. Estos discursos políticos tendrán su expresión en el ámbito de la sanidad como desarrollaremos a continuación.

Simultáneamente comienzan a expresarse públicamente diversos discursos críticos sobre la salud en coherencia con los movimientos sociales, profesionales y políticos que reclamaban un cambio político democrático y que fueron nutriendo las alternativas sanitarias de los partidos de la oposición de izquierdas a los gobiernos de UCD. Discursos reformistas y discursos críticos que caracterizarán a una época de reformas y cambios políticos de un sistema autoritario a un régimen democrático.

En este período encontramos diferentes discursos médicos y políticos acerca de la salud y la sanidad que, aún siendo difíciles de separar, podemos agruparlos en varios apartados, según su procedencia. Por un lado encontramos los discursos más 'políticos' de la oposición democrática (formada por médicos, estudiantes de medicina, MIR) y de los partidos políticos como el PCE y el PSOE enfrentados al discurso reformista del Gobierno de la UCD. Por otro, y como apoyo 'democrático', podemos ver los discursos provenientes de países de nuestro entorno democrático europeo y del ámbito 'revolucionario' latinoamericano así

como de los organismos supranacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS).

2. La oposición democrática (1970-1979)

Como corresponde a una situación social consecuencia directa de un régimen político antidemocrático surgido de una guerra civil, los discursos desde la oposición comienzan a emerger en los años sesenta y setenta, después de la incubación de los cuarenta y cincuenta en los que todavía se vivía con la represión directa a flor de piel.

Una vez ‘recompuesta’ la sociedad civil y superado el período de autarquía y aislamiento internacional de la España franquista, comienzan a oírse voces discrepantes con el régimen que se articularán en el amplio movimiento de la oposición democrática. En unos casos se expresarán mediante los movimientos profesionales, en otros a través de sanitarios progresistas vinculados a los todavía ilegales partidos políticos y en su mayoría pro-movidos por los partidos políticos de izquierda a través de su implantación en los distintos sectores profesionales. Sin duda era el Partido Comunista de España el que contaba con más militantes en general y en sanidad en particular. En buena medida ‘El Partido’ estaba ‘detrás’ de la clandestina Mesa de Hospitales, de la Coordinadora Psiquiátrica Nacional y de la Sección de Psicología del Colegio Oficial de Doctores y Licenciados de Filosofía y Letras, principales fórmulas organizativas de los profesionales de la época. Así lo expresa J. M^a Francia, médico militante del PCE primero y, a partir de 1979, del PSOE dentro de la corriente de Izquierda Socialista. *“Sinceramente he de decir que en plena transición democrática a mediados de los años 70, no recuerdo en Madrid a ningún socialista discutiendo las primeras propuestas de reforma sanitaria (...) los cuadros técnicos, el debate sanitario y los proyectos de futuro se encontraban en la organización sectorial del PCE (antes de su transformación en agrupaciones de zona), en la cual militaban prestigiosos profesionales madrileños”* (Francia, 1998: 107).

2.1 Los médicos jóvenes. El movimiento de los MIR

Ante la política del régimen de Franco de potenciar los grandes hospitales y la sofisticada tecnología de alta especialización, en detrimento de la atención ambulatoria urbana y rural, las nuevas generaciones de médicos, nacidos ya al finalizar la guerra civil, comienzan a plantear tímidas críticas al sistema sanitario al tiempo que van a ir engrosando el movimiento democrático opositor al régimen franquista en demanda de las libertades y de la democracia.

El primer movimiento organizado de médicos progresistas lo encontramos en 1966 cuando se celebró en Madrid el Primer Congreso de los Médicos Jóvenes bajo la denominación de Coloquios Nacionales de la Juventud Médica organizado por un grupo de médicos jóvenes vinculados al Colegio de Médicos de Madrid. Entre sus conclusiones figuraron las siguientes: “*disconformidad con la actual organización y administración de la Seguridad Social en la que, a juicio de los médicos jóvenes sobran edificios marmóreos y burocratización y faltan aparatos, buenos sueldos: en una palabra buena medicina. Puesta en marcha de Cooperativas médico-sanitarias, dirigidas por los médicos en régimen de equipos y bajo control y la inspección de los Colegios Médicos. Nuevo estudio y pronta organización del régimen de hospitales y reforma de la enseñanza en las Facultades de Medicina*” (Caballero, 1975: 164).

Esta primera oposición de carácter más ‘profesionalista’ que político va adquiriendo mayor consistencia ideológica y teórica, y se va manifestando en los escasos órganos de expresión existentes al final de los años sesenta que son utilizados por toda la oposición democrática. Un buen ejemplo es un número monográfico de *Cuadernos para el Diálogo* (Autores, 1970) dedicado a la *Crisis de la Medicina en España* en el que escriben médicos como Donato Fuejo, Pedro Caba, José Aumente y otros intelectuales como Eloy Terrón. En 1975 esta misma revista editará otro monográfico con el tema *El derecho a la salud* en la misma línea (Autores, 1975). Las preocupaciones de estos profesionales giraban en torno a la crisis de la medicina y a la necesidad de la planificación de la sanidad en España. La crisis viene motivada, según estos autores, por la complejidad de las técnicas diagnósticas y terapéuticas que imponen una medicina de equipo con una creciente especialización, el encarecimiento de las actividades sanitarias y por la reivindicación del derecho a la salud de los pueblos. Las alternativas apuntaban a la necesidad de la socialización de la sanidad en España dentro de una sociedad democrática pasando por la mejora de la situación hospitalaria, la medicina preventiva y rehabilitadora y la formación del personal sanitario (Aumente, 1970).

De esta manera al tiempo que se llama la atención sobre aspectos de política sanitaria en el sentido estricto del término, algunos médicos comienzan a proponer una medicina más humanizada e integral que incluyera de manera significativa los aspectos psicológicos, emocionales, retomando así la tradición humanista de Marañón bajo la novedosa denominación, en el desolado panorama científico español, de medicina psicosomática.

Rof Carballo reivindica la medicina psicosomática denunciando las trampas de la medicina que por un lado: “*dice, urbi et orbi, que el 50 o 70 por ciento de las enfermedades tienen una raíz emocional, psicológica, personal. Pero luego tapa esta realidad. No enseña a descubrirla; antes al contrario enseña a sus estudiantes a no verla*” (Rof Carballo, 1970: 6).

Pedro Caba rescatando el concepto de salud de la OMS, de la que luego llegaría a ser representante español, afirma que: “*el médico debe aproximarse al hombre enfermo interesándole no sólo su aspecto sanitario sino también desde una perspectiva totalizadora de ser social*” (Caba, 1970: 7) y reivindica una medicina social (preventiva, escolar, educación sanitaria, etc.) dentro de una medicina socializada.

La mayoría de los autores coinciden en la crítica a la medicina liberal, abogan por una medicina socializada, costeadada a través del Presupuesto General del Estado y que descansa en la medicina preventiva, la medicina curativa, la rehabilitación, la higiene y la educación sanitaria.

2.2 La crisis de la medicina occidental.

Desde la medicina también se levantan voces en los Medios de Comunicación Social para alertar sobre la ‘crisis de la medicina occidental’ y reclamar ‘vías más abiertas’ que superen la deshumanización y tecnificación a la que va abocada la medicina occidental. Ése es el tema que ocupa las páginas de Ciencia de El País del 3 de noviembre de 1978 con dos artículos. El primero sobre La enfermedad y la salud llama la atención sobre la ‘medicalización general de la existencia’ siguiendo los análisis de Michel Foucault y sobre los intereses de la sociedad y las instituciones para que el hombre no sea autónomo, más crítico y sujeto de su propio deseo. “*¿Tan peligroso es para la sociedad la existencia de un cuerpo sano que desea? Pues parece que lo que justamente no interesa es que el cuerpo del hombre sea autosuficiente y se rija por su propio deseo. Puesto que se le repite hasta la saciedad que no es nadie sin el conocimiento de la ciencia, que su cuerpo es un ignorante saco de desdichas que perecería a buen seguro sin la sabiduría y el cobijo de las instituciones (...) interesa que ese cuerpo perpetúe, por medio del hábito y el miedo, su dependencia a factores extraños a él, que no llegue nunca a sentir lo que su propia y peculiar sensibilidad le dicta, que no sobrepase nunca la edad de la dependencia y no llegue a hacerse un hombre que se levante sin muletas sobre sus propios pies*” (Maillard, 1978)

El segundo artículo titulado El fracaso de una medicina limitada es de carácter más político ya que analiza la función social de la medicina dentro de las nuevas tendencias neocapitalistas recurriendo a Marcuse para definir a la medicina actual como unidimensional y a Iván Illich como crítico denunciante de ese tipo de medicina tecnocrática y yatrogénica “*Al amparo del neopositivismo reinante parecía abrirse a la medicina un campo ilimitado. Sin embargo como advirtió Lukacks, el positivismo siempre es el recurso de las minorías rectoras para satisfacer los intereses inmediatos de las mayorías, haciéndoles olvidar sus necesidades profundas. De la misma forma que en el orden económico el capitalismo clásico (...) se transformó en lo que hoy conocemos por neocapitalismo*

(...) *la medicina tuvo que sufrir profundos cambios para adaptarse (...) de modo que su organización adquirió un carácter tecnocrático y consumista*". El autor, que señala el giro producido por el mismo sistema sanitario, a causa de la crisis del petróleo y de las limitaciones económicas, a favor de la promoción de la salud más que de la asistencia a la enfermedad, plantea la necesidad de un cambio de modelo de sociedad en los siguientes términos: *"la crisis de la medicina occidental es manifestación, causa y consecuencia de la crisis de la sociedad de consumo (...) que nos ha amputado dimensiones y posibilidades hasta hacernos sentirnos extraños a nosotros mismos. Por ello, nos es inevitable asumir el compromiso. Hablar de una medicina centrada en la salud en vez de la enfermedad sin vincularla a un cambio en el modelo de sociedad no es otra cosa que hacer metafísica"* (Recio, 1978).

2.3 El Sistema MIR

Ya nos hemos referido anteriormente al papel jugado por el movimiento de los médicos jóvenes en las postrimerías del franquismo pero su importancia no la podemos reducir a sus aspectos reivindicativos sino que poco a poco van a ir constituyendo la columna vertebral del sistema sanitario en general y de los proyectos de Atención Primaria en particular por lo que merece que dediquemos unas líneas a rastrear su origen y evolución.

Los orígenes de la formación de Médicos Internos y Residentes (MIR) comienzan en 1963 cuando un grupo de médicos formado en los EEUU crea, en el Hospital General de Asturias, la Comisión de Residentes y Enseñanza, con los consiguientes primeros programas españoles de Internado Rotatorio y Residentes, inspirados en los Programas de Formación Intrahospitalaria de Postgraduados del John Hopkins Hospital de Baltimore (EEUU). En 1964 la Seguridad Social lo inicia en la Clínica Puerta de Hierro de Madrid. En septiembre de 1969 se incluye la programación de la docencia por este sistema en todos los hospitales de la Seguridad Social. A finales de 1969 se constituye el Seminario de Médicos Internos y Residentes para organizar sus peticiones de mejora de la situación laboral y de formación. Los fines del Seminario contenían los siguientes puntos: reivindicación de una situación laboral, ya que hasta entonces habían sido considerados estudiantes-médicos a los que se les pagaba como becarios. Defensa del sistema de residencia para la formación de especialistas, así como la enseñanza en los hospitales y creación de comisiones mixtas y paritarias que controlen las cláusulas contractuales y supervisen la calidad de la docencia. Durante los años 1970 y 1971 los aspirantes a MIR se seleccionaron por una prueba propuesta por el Seminario de Hospitales pero en los años siguientes esa práctica se abandonó y, a partir de 1972, se seleccionan por expediente académico y otros méritos valorados por una Comisión en cada centro.

En mayo-junio de 1971 estalló la primera huelga y los conflictos subsiguientes anteriormente relatados. En 1976 se regula definitivamente la formación de Médicos Especialistas a través del Sistema MIR tal como lo conocemos actualmente gracias al Dr. Vicente Rojo (hijo del famoso general republicano), a la sazón Subdirector General de Docencia e Investigación Médica del Ministerio de Educación y Ciencia.

2.4 Los conflictos MIR

A esta creciente expresión de crítica por parte de destacados médicos se suceden movimientos reivindicativos por parte de los médicos en formación (MIR) y de los estudiantes de medicina. Sus peticiones se dirigen a la mejora de las condiciones de trabajo, de formación y por un cambio en la sanidad española, reivindicaciones no extrañas a un progresivo anhelo de cambio político que se comenzaba a fraguar en nuestro país.

En 1971 tiene lugar el primer conflicto MIR, basado en la crítica al proyecto de reestructuración de las instituciones de la Seguridad Social, al régimen de vinculación de los médicos con aquélla y al despido de los 22 médicos psiquiatras y el cese del director del Hospital Psiquiátrico de Oviedo. Afecta a más de 1500 MIR en toda España.

Además, meses más tarde tiene lugar un encierro de psiquiatras en las Clínicas de Ibiza de la Ciudad Sanitaria Provincial de Madrid, Francisco Franco, por un proyecto de reducción de camas y, con el comienzo del curso escolar, comienza la huelga más larga, hasta entonces, de la Universidad española en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Entre sus reivindicaciones están las de implantación de un curso de postgrado remunerado, supervisado y con contrato de trabajo, junto con la reivindicación de las libertades democráticas y la participación en los órganos de gobierno de la Facultad. En 1972 continúan los conflictos en las instituciones sanitarias sobre todo en el Instituto Mental de la Santa Cruz (Linares, 1980) y en la Residencia Francisco Franco de Barcelona. En mayo de este año tiene lugar el II Congreso de la Juventud Médica en Valencia al que asistieron 500 médicos en representación de 20.000 colegas y que fue organizado por el Consejo General del Colegio Médicos. Allí se aprueban, entre otras, dos conclusiones que señalan como imprescindible “la socialización total del ejercicio profesional y de todos los medios utilizados para ese ejercicio en el contexto de una socialización de todos los medios de producción del país” (Infante, 1975: 29). En 1973 hay encierros y paros de médicos, enfermeras, auxiliares y MIR por motivos laborales y de solidaridad y en 1974 estalla, entre otros, el conflicto del psiquiátrico de Conxo en Galicia (Alot et al., 1977) y rebrota el conflicto MIR en Bilbao, les siguen en Asturias, Sevilla, La Paz y el Clínico de Madrid. El conflicto alcanza tal magnitud que es tratado en Consejo de Ministros

pero continúa hasta la convocatoria de plazas de MIR en septiembre. Ante la exigencia de certificado de buena conducta el 2 de octubre comienza la huelga más política de los MIR que concita un amplio apoyo social y logra la retirada de dicho certificado y la contratación laboral por parte del Instituto Nacional de Previsión (Sánchez Clemente e Infante, 1975).

La efervescencia político-profesional está en uno de sus puntos álgidos y aprovechando ciertos espacios aperturistas de libertad de expresión se editan nuevos materiales críticos.

Profesionales catalanes liderados por Ramón Espasa, militante del Partido Socialista Unificado de Cataluña (el PCE de Cataluña), escriben en 1975 sobre la sanidad buscando alternativas. Las influencias del marxismo hegemónico en aquellos momentos, léase Althusser, llegan desde más allá de los Pirineos hasta las vanguardias médicas catalanas. Uno de ellos, Acarín, referido a la asistencia extrahospitalaria, esboza nuevas fórmulas organizativas para la ‘atención primaria’ que no tendrían nada que envidiar a los planteamientos teóricos de diez años más tarde al tiempo que propone la constitución de un Servicio Nacional de Salud como la alternativa democrática a la Sanidad española (Acarín, 1975).

Otros exponen nuevas formas de trabajo con la comunidad anunciando los presupuestos de lo que se generalizará más adelante como salud comunitaria o nueva salud pública: *“Veamos un proyecto posible de asistencia extrahospitalaria: se trata de formar unas unidades de asistencia básica constituidas por médicos de cabecera, pediatras, personal auxiliar, enfermería y profesionales tales como higienistas, psicólogos, educadores (...) Estas unidades de asistencia básica harían posible un trabajo de equipo integrado”* (Villalanda, 1975).

Estas afirmaciones referidas al contexto catalán tendrán resonancia en los profesionales de la capital del reino comprometidos socialmente con los movimientos ciudadanos y vecinales de mediados/finales de los setenta y en algunos núcleos de las instituciones sanitarias de nuevo cuño (Centros de Promoción de la Salud) o en proceso de cambio como fue el caso de los primeros Centros de Salud del Insalud.

Podemos ver de esta manera un intento de relación entre un pensamiento médico ‘científico’ y las ciencias sociales basadas en el marxismo althusseriano.

De manera multicéntrica y conjugando la crítica epistemológico profesional con las reivindicaciones democráticas, se van esbozando las claves para los sucesivos intentos de Reforma Sanitaria de nuestro país y para el proceso democratizador general de la vida política española.

2.5 La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria

Ya en 1969 surgió en muchos países, a partir de la creación de la especialidad de medicina de familia en Estados Unidos, el interés por potenciar la figura

del médico de familia como el profesional clave en todo el Sistema Sanitario. En España se regula por Real Decreto el año 1979 (Ministerio de Trabajo y Seguridad, 1979) lo que hace considerar a la medicina familiar y comunitaria como una especialidad más de la profesión médica, acorde con las influencias de la época, e indicará la voluntad y la necesidad de un cambio profundo en el conjunto de la sanidad española (Iglesias, 1994). Se pretendía formar con esta especialidad a los nuevos médicos de la, por-venir, Reforma Sanitaria que se preveía tomara cuerpo como Servicio Nacional de Salud. Lo que no previeron los planificadores sanitarios era dónde se iban a formar estos especialistas si el sistema sanitario todavía permanecía anclado en el modelo de ambulatorio y médico de cupo. Tuvieron que poner en marcha entonces nuevas instituciones piloto en las que, al tiempo que se empezaba a tener otra práctica sanitaria más cercana a los planteamientos de la atención primaria, según acababa de aprobarse en la Conferencia Mundial de la OMS en Alma-Ata en 1978 (URSS), se ofreciera un marco de formación a esos nuevos especialistas de medicina familiar y comunitaria.

Esta puesta en marcha se tornó oficial en 1982 con la creación de 20 Unidades Piloto de Medicina Familiar y Comunitaria en 19 provincias españolas, incluyendo las dos de Madrid (Ministerio De Sanidad Y, 1982). Nacen así el Centro de Salud de Pozuelo de Alarcón, un pueblo muy próximo a Madrid, como lugar para la formación de MIR de Familia y Comunidad dependiente de la Unidad Docente del Hospital de Puerta de Hierro y el Centro Especial de Medicina Comunitaria ubicado en el Hospital 1º de octubre, situado en la zona sur del municipio de Madrid. En esas instituciones se formarán las primeras promociones madrileñas de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria a comienzos de los años ochenta.

2.6 X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana (1976)

Uno de los momentos claves, de inflexión para el cambio en la salud española, y especialmente en el contexto de la lengua catalana fue el X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana celebrado en Perpignán en septiembre de 1976 y organizado por la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares.

En este Congreso se adoptó la que fuera rupturista definición de salud como *“aquella forma de vivir autónoma, solidaria y profundamente alegre”*. Definición de profundo contenido psicosocial, orientación, que, al menos en cuanto al nivel discursivo, impregnó todo el Congreso como podemos ver en otra de las conclusiones de la segunda ponencia titulada *La función social de la Medicina*.

En el panorama cultural y sanitario catalán se dejó notar, como ya hemos señalado con otros autores (Espasa, por ejemplo) la influencia de las ciencias sociales procedentes de Europa y Norteamérica tanto en lo referente a la Sociolo-

gía como al psicoanálisis, a los grupos y al pensamiento social de carácter crítico. Así, es de reseñar el movimiento de profesionales catalanes en pro de la Reforma Sanitaria compuesto, entre otros, por médicos, biólogos, algunos sociólogos y médicos-psiquiatras como Joan Campos quien aplica conocimientos psicoanalíticos a la actividad y educación médica en general y a la formación de recursos humanos en salud mental en particular (Campos, 1980).

2.7 La medicina social y comunitaria (1976-1979).

Los médicos jóvenes no sólo se movilizaban en pro de sus reivindicaciones sino que, llevados por su compromiso por hacer realidad una nueva forma de hacer otra sanidad, se lanzan al trabajo comunitario, eligiendo el medio rural por ser el único que ofrecía algunas posibilidades de trabajo remunerado y por la mayor cercanía con los usuarios. Las tres experiencias documentadas realizadas en la segunda mitad de los años setenta fueron las de Montánchez en Cáceres, Tirajana en Las Palmas de Gran Canaria y la del Centro Nacional de Demostración Sanitaria de Talavera de la Reina (Toledo) que, años más tarde, acabó reconvirtiéndose en la Escuela de Salud Pública de la Comunidad de Castilla-La Mancha y donde algunos psiquiatras llevaron a cabo un trabajo de psiquiatría comunitaria en estrecho contacto con la Medicina comunitaria de este Centro piloto (Aparicio y García, 1980). Estas experiencias serán frecuentes puntos de referencia para los propulsores y defensores de la salud comunitaria y la atención primaria de salud en los años ochenta y tiene importantes puntos en común con las llevadas a cabo esos mismos años por los psicólogos en barrios de Madrid (Duro Martínez, 2001), y de otras zonas de España como Zaragoza donde Entaban, un grupo de estudiantes de medicina y enfermería sacaban en noviembre de 1976 un Boletín crítico sobre La Enseñanza de la Medicina y comienzan a realizar actividades de potenciación de la salud comunitaria en la Comunidad de Aragón. En 1980, ya como asociación, organizan debates sobre las nuevas iniciativas locales de los Centros Municipales de Salud de Madrid que cristalizarán en algún centro similar en la capital del Ebro. También en Aragón se crea el Centro de Estudios Sanitarios de Aragón (CESA) fundado el 23 de junio de 1977 cuyos fines eran: “realizar todo tipo de estudios, publicaciones, charlas, investigaciones, encuestas y actividades que lleven a un mejor planteamiento de los problemas sanitarios de la población y defender los intereses sanitarios de la misma” (Moraga e Valdizan, 1979: 237). En Cataluña, sobre todo en los Centros de Higiene Mental de Barcelona, el movimiento de salud mental comunitaria fue muy relevante así como la participación de los psicólogos en el mismo. Las relaciones entre Madrid y Barcelona todavía eran fluidas y en los comienzos de los Centros Municipales/ de Promoción de Salud había bastante intercambio de información mutua. Un ejemplo fue nuestra asistencia como Secretario de la Comisión de Psicología

y Municipios del Colegio de Psicólogos de Madrid a las Jornadas sobre Salud Mental y Comunidad celebradas en Barcelona en febrero de 1982 (Duro, 1982).

2.7.1 Experiencia sanitaria de Montánchez

Así nos relatan sus protagonistas la gestación del proyecto: *“la idea de practicar una asistencia sanitaria al servicio de la comunidad se fue abriendo a medida que avanzábamos en el estudio de nuestra profesión. A través de reuniones, conferencias y el contacto diario y directo con el hospital, dimos paso a la esperanza de otra sanidad distinta al modelo implantado que se nos mostraba (...). Pretendíamos colaborar en la promoción del pueblo, desde nuestra faceta sanitaria, integrando ésta en su contexto social y económico de los que hoy sabemos con certeza no puede desligarse. No era ajeno a nuestro proyecto el sentir cristiano de varios de nosotros (...).”* (Blanco y otros, 1980)

Este equipo de médicos comenzaron, en 1976, por ‘racionalizar’ la asistencia desmasificando las consultas y disminuyendo el número de consultas domiciliarias al dedicar más tiempo a cada paciente, al mismo tiempo se organizó una comisión de vecinos que se reunía para tratar los temas relacionados con la salud y dos de cuyos integrantes se integraron en el equipo con carácter voluntario, uno de ellos se hizo cargo del gimnasio que pusieron en marcha los vecinos para rehabilitación y actividades psicosociales y otra se ocupaba de tareas de auxiliar clínica y administrativa.

Una segunda etapa se impuso una vez organizada la asistencia. Comenzaron la medicina preventiva en la que además de poner el énfasis en las vacunaciones se ‘inventan’ las consultas comunitarias. Consistía en pequeños grupos de 4 a 8 enfermos (hipertensos, bronquíticos, diabéticos, embarazadas, etc.) que, una vez al mes acudían al consultorio, para tratar en grupo diversos aspectos de su enfermedad.

Este enfoque que podemos definir como ‘psicosocial y comunitario’ les abocó, a través de actividades de educación sanitaria, a una movilización de los vecinos que comenzaron a plantear sus problemas de salud pública a las autoridades locales, entrándose así en la tercera y última etapa de esta experiencia en la que los profesionales constatan que *“la mentalización del vecindario era insuficiente para resolver sus problemas sanitarios, porque sistemáticamente encontraba el boicot o desinterés de las autoridades locales y provinciales”* (obra cit., pág. 46).

Como era previsible, dado el contexto predemocrático en el que se encontraba este país, todavía más acusado en zonas rurales de la España profunda, el 6 de febrero de 1979, fueron cesados por el Delegado Territorial de Sanidad, sin justificar causa alguna.

2.7.2 El Centro de Salud de Tirajana

La segunda experiencia documentada de salud comunitaria o Atención Primaria de Salud de los años setenta es la de Tirajana en Las Palmas de Gran Canaria.

Al igual que en el caso de Montánchez se trata de una zona rural de las Islas Canarias donde queda vacante una plaza de médico titular y en la que presentan un proyecto de trabajo un grupo de diez profesionales sanitarios. Esta experiencia cuenta con el apoyo inicial de las instituciones sanitarias insulares y el Cabildo y la ayuda económica de los Ayuntamientos de la Zona. En 1978 el Ministerio de Sanidad les declara Centro Piloto de Salud a partir de las movilizaciones llevadas a cabo por una Coordinadora de Apoyo.

El Centro de Salud de Tirajana se pone en marcha el 1 de mayo de 1976 contando con dos médicos, uno de ellos graduado en salud pública por la Facultad de Salud de la Universidad de Sao Paulo (Brasil), un ATS, una asistente social, tres auxiliares, dos secretarías y un publicista colaborador. Ese equipo se mantiene con algunos cambios hasta 1979 cuando el Centro se diluye y terminan sus actividades de trabajo con la comunidad (O'shanahan, 1979b).

Es de resaltar el enfoque general comunitario en la línea de los planteamientos ya expuestos en Montánchez y de experiencias similares en países europeos y latinoamericanos.

Los programas realizados abarcan desde la asistencia individual (médica, de enfermería y asistencia social) hasta promoción de salud que incluye, entre otros subprogramas los de salud materno-infantil, salud preescolar y escolar, desarrollo comunitario y salud mental pasando por la educación sanitaria y la folk medicina. Es llamativo que ya en esas fechas los promotores de esa experiencia llegaran a la conclusión de que ese tipo de Centros de Salud eran más eficaces y rentables desde el punto de vista coste beneficio (O'shanahan, 1979a).

Todos los programas tienen un importante componente psicosocial pero sin duda el que más llama la atención, proviniendo de profesionales sanitarios exclusivamente, es el subprograma de desarrollo comunitario que surgió *“de una población que podríamos denominar socialmente enferma: dividida, condicionada por tensiones internas e influida en gran parte por su aislamiento y subdesarrollo”* (obra cit., pág. 1611).

También es digno de resaltar el subprograma de salud mental: *“en cuanto los trastornos mentales de origen psicosocial constituyen un factor de gran peso, que determina además un aumento de la demanda de consultas médicas”* (obra cit., pág. 1611) y *el funcionamiento del trabajo en equipo “para la integración de los profesionales y coordinación interna se realiza una reunión semanal de todo el grupo en la que se expone el trabajo realizado durante la semana, con el fin de aclarar posturas, aliviar tensiones internas o aportar al equipo la experiencia de*

cada uno para una puesta en común que sirva para la consolidación y maduración del colectivo” (obra cit., pág. 1608).

Como hemos señalado el proyecto en su última etapa quedó pendiente de ser incluido en el Decreto de Centros Experimentales de Salud y se fue diluyendo a la espera de las futuras reformas sanitarias que se anunciaban. Un final parecido al de la experiencia de Montánchez.

2.7.3 Centro Nacional de Demostración Sanitaria de Talavera de la Reina (Toledo)

El Centro Nacional de Demostración Sanitaria de Talavera de la Reina, según relata su primer y único Director, J. M^a. Francia, surgió en 1978 en relación con la OMS para la demostración sanitaria con fines docentes en el área de la salud pública. Al parecer la idea original era vincularlo a la Escuela Nacional de Sanidad y utilizarlo como un modelo práctico de gestión integrada de servicios, en un área territorial bien definida, facilitando la investigación epidemiológica y la docencia de salud pública. En el organigrama administrativo dependía del AISNA y en sus inicios tenía el formato de un hospital con sus quirófanos y paritorios correspondientes.

En la práctica, aún sin el apoyo ministerial ni de la OMS, salvo el protocolario, el Centro Nacional de Demostración Sanitaria de Talavera de la Reina, se ‘reconvirtió’ en una experiencia concreta de salud pública en un área territorial determinada *“en el que hacer realidad ese nuevo modelo de salud pública del que tanto se hablaba y se escribía. Podíamos pasar a la acción sanitaria y abandonar el terreno de la pura especulación teórica”* (Francia, 1998: 117).

Además de los cuatro servicios orgánicos de que disponía el hospital (infecciosos, psiquiatría, laboratorio y radiología) funcionaban una unidad de pediatría y otra de pulmón y corazón por lo que había cuatro unidades diferenciadas de hospitalización. Respecto al servicio de psiquiatría hay que recordar que la AISNA mantenía las competencias de ingresos psiquiátricos en todo el territorio español, junto a los Hospitales Psiquiátricos de las Diputaciones. Así junto a ingresos psiquiátricos en este Centro se comenzaron a desarrollar programas de salud mental comunitaria en coherencia con las actividades de salud pública que comenzaron a desarrollarse en el Centro: *“denominábamos ya entonces a aquello trabajar con la comunidad: vacunaciones, extracciones periféricas de sangre, charlas de educación sanitaria, exámenes de salud, recogidas de muestra de aguas, revisiones escolares, reuniones con alcaldes y sanitarios rurales o la explotación demográfica de los padrones, constituían sólo algunas de las actividades que se desplegaban sobre ‘el terreno. Muchos programas puestos en marcha por los centros de salud del Insalud en la década de los 80 (...) se habían*

puesto en práctica cuatro o cinco años antes en Talavera de la Reina” (obra cit., pág. 117).

El Centro Nacional de Demostración Sanitaria de Talavera de la Reina fue un punto de referencia para muchos profesionales que con espíritu interdisciplinar se aproximaron a la práctica de la salud pública o salud comunitaria y que continuaban con los debates sobre las alternativas sanitarias.

Al igual que las otras dos experiencias reseñadas apenas duró tres años aunque generaron formas colectivas de debate entre los profesionales como las Jornadas de Medicina Comunitaria (1979).

Estas experiencias comunitarias lideradas por jóvenes médicos entre 1976 y 1980 en el ámbito rural coinciden en sus planteamientos con el movimiento urbano de psicología de barrios en Madrid y con los intentos de buscar fórmulas de trabajo en la comunidad desde los hospitales psiquiátricos en lo que sería la salud mental comunitaria.

En estas experiencias, aún cuando se dé de manera más ideológica e intuitiva que teóricamente fundamentada, podemos observar algunas de las características psicosociales que impregnarán los proyectos municipales de salud comunitaria en Madrid. El hecho de que en su desarrollo no intervengan profesionales de las ciencias sociales (sociólogos y psicólogos fundamentalmente) y que sean liderados por médicos comprometidos socialmente, pero sin formación psicosocial específica, marcará la diferencia fundamental con las experiencias de los Centros Municipales de Salud de Madrid donde sí vamos a encontrar un mayor grado de teorización psicosocial al constituir los psicólogos uno de los profesionales que lideran la puesta en marcha de esas instituciones de promoción de salud.

Sintéticamente de las experiencias de Montánchez, Tirajuana y Talavera podemos señalar por su relevancia psicosocial, entre otros aspectos:

- Una concepción biopsicosocial, integral de la salud.
- La unión de los niveles asistenciales con los preventivos, educativos y de promoción de la salud en una moderna concepción de la ‘nueva salud pública’.
- El trabajo con grupos y el fomento de la participación comunitaria.
- El trabajo en equipo interdisciplinario, aún cuando ‘falten’ profesionales de las ciencias sociales.

Además estas experiencias mostraron, en buena medida a través de la comunicación boca a boca entre profesionales deseosos de nuevas prácticas alternativas, que era posible otra manera de ‘hacer’ en la atención a la salud al tiempo que ponía de manifiesto la necesidad de unas bases políticas que apoyaran y facilitarían su puesta en marcha y mantenimiento.

Éstas son algunas de las experiencias y eventos que durante la transición democrática dejan una impronta psicosocial en los emergentes planteamientos de la salud y que serán desarrollados en los años siguientes desde los partidos políticos de izquierda que abanderarán el cambio de la sanidad española. Desde

estos momentos de la transición hasta las promesas electorales de los partidos políticos de 1982 todos coincidían en la necesidad de superar el anacrónico e ineficiente sistema sanitario español especialmente en lo que se refería a la atención extrahospitalaria, es decir al nivel de atención primaria en salud y, dentro de la atención especializada, a la salud mental. Este punto de partida común se complejizaba al plasmarse en proyectos, propuestas y medidas concretas y las discrepancias surgían no ya entre partidos políticos sino entre sectores de un mismo partido (el caso del PSOE era el más llamativo) y entre partidos y grupos de presión económicos (laboratorios farmacéuticos, mutuas, etc.), profesionales (Colegios de Médicos, de Farmacéuticos, de Psicólogos, empresarios de oficinas de farmacia, etc.), sindicatos, etc.

2.8 La ‘ruptura’ democrática: I Jornadas Sanitarias del PCE (1978)

Mientras UCD planteaba su proyecto de Reforma Sanitaria, el principal partido de la clandestinidad, el Partido Comunista de España discutía sus propuestas sanitarias dentro del marco político definido por ellos mismos como de ‘ruptura democrática’.

Los días 10 y 11 de junio de 1978 se celebraron las I Jornadas Sanitarias del Partido Comunista de España, ya en la legalidad, con la participación de algunos de los más significativos médicos militantes del Partido y con la participación del reconocido salubrista italiano Giovanni Berlinguer.

En ellas se pasó revista a los temas más actuales de la sanidad del país en el inicio de la transición democrática. El ginecólogo Sopena llamó la atención sobre el aborto como grave problemática social con 500.000 abortos anuales en España y reconocía la necesidad, por un lado, de su regulación a través de las leyes y por otro de realizar una medicina social y preventiva ya que: *“no hay más conducta profiláctica que la planificación familiar a nivel estatal y la enseñanza de la sexualidad a todas las escalas, la coeducación como máximo exponente del respeto entre ambos sexos, y la asunción por la Sanidad Pública de la planificación familiar”* (Sopena, 1978). La planificación familiar constituía por esos años una gran demanda social, así interpretada por los partidos políticos de izquierda que pusieron en marcha centros ‘privados’ en los que trabajaban profesionales militantes o simpatizantes de dichos partidos.

Dos trabajos más teórico-ideológico fueron presentados por Catalá y Borasteros. En el primero se hace un análisis marxista del significado de la enfermedad desde la lógica capitalista enfatizando la carga ideológica de ‘reparar’ para producir y del modelo sanitario como transmisor de esa ideología que biologiza e individualiza los problemas de salud enfermedad, ignorando los determinantes sociales. De manera novedosa el autor llama la atención sobre el propio papel

de los profesionales en ese ‘enmascaramiento’ ideológico al afirmar: “*cuando decíamos que el modelo sanitario del capitalismo es el principal transmisor de la ideología sobre la salud y la enfermedad, hay que entender que su instrumento principal son los propios profesionales sanitarios, especialmente su élite, los médicos, los cuales a su vez, han sido sometidos a un largo proceso de ‘formación’ en esta ideología, que es lo que en esencia suponen las Facultades de Medicina*” (Catalá, 1978: 92).

Borasteros, manteniendo un discurso similar, se posiciona más desde los postulados gramscianos de apropiación de la ciencia por parte de las Fuerzas del Trabajo y la Cultura para darle un uso desalienante y contribuir a la salud de las poblaciones. Plantea etapas en el proceso de poner la producción al servicio del hombre y no el hombre al servicio de la producción: “*la primera [etapa] no es por supuesto una sanidad socialista, sino una sanidad democrática, que incorpore el concepto de prevención y preste una asistencia eficaz, en la que participe la población (...)*” (Borasteros, 1975: 120).

Sobre la necesidad de cambiar la formación médica universitaria se posiciona Marset que reivindica el reforzamiento de la Universidad estatal y la reforma de los planes de estudios “*para acabar con la casi exclusiva orientación terapéutica y memorística (acumulación de saberes), como para dotarles del sentido sanitario global (con hospitales y red sanitaria), integral, de conexión con la realidad sanitaria de la mayoría de la sociedad, y de actitud crítica y científica (manejo racional de incorporar un cuerpo de conocimiento en continua evolución)*” (Marset, 1978: 189). Otras ponencias de psiquiatras y de algún psicólogo ya han sido referenciadas en otro trabajo (Duro Martínez, 2001).

2.9 El cambio desde la oposición socialista (1979-1982)

Desde que en 1979 el PSOE comenzó a tener el poder en ayuntamientos y Diputaciones se vislumbraba la cercanía de un posible gobierno a nivel central por lo que la tarea de la oposición se ejercía con ese horizonte. ¡Por el cambio! Fue el slogan más significativo de toda la campaña socialista y cambio era el que deseaban la gran mayoría de españoles a tenor de los 10 millones de votos recibidos en octubre de 1982.

2.9.1 El debate sanitario en el PSOE

El PSOE en el Parlamento ejercía la oposición a los proyectos de UCD por medio, sobre todo, de sus diputados F. J. Yuste y Ciriaco de Vicente. Dentro de ese partido y en sus áreas de influencia comenzaba una lucha de posiciones en la preparación del modelo sanitario socialista y en la distribución de cuotas de poder entre sectores socialistas. Esta lucha tenía un frente en UGT Sanidad cuyo control

se disputaba dos sectores: uno liderado por García Carrillo y Víctor Velasco, al que pertenecía Yuste, y otro formado por profesionales sanitarios encabezado, entre otros por Pedro Sabando, quien coincidió en intereses con Ciriaco de Vicente frente al sector más obrerista, liderado por García Carrillo. Esta crisis llevará a la desaparición de la Federación de Sanidad y a la constitución de una Federación de Servicios Públicos, cuyo vicepresidente fue el mismo Sabando, lo que más tarde será reconocido como un error político por él mismo (Polo, 1982).

Un grupo de sindicalistas de Madrid promueven reuniones y seminarios que culminan con la elaboración de un documento oficial aprobado primero por el Comité Provincial de Madrid y posteriormente por el Comité Federal de Sanidad del Estado Español. Dicho documento titulado *Bases para una Alternativa Sanitaria* planteaba dos ideas centrales e inseparables: salud integral y participación comunitaria según hemos señalado anteriormente (UGT, 1977).

En 1980 la UCD había aprobado una Ley de Reforma Sanitaria que pasó sin pena ni gloria por la historia de España desde entonces hasta el primer gobierno socialista de 1982, la oposición y las fuerzas vivas por un lado potenciaban experiencias municipales donde tenían el poder y por otro elaboraban a nivel interno proyectos de reforma de la sanidad con el horizonte de llevarlos a la práctica cuando llegaran al gobierno, como así fue. De paso ‘presionaban’ al ejecutivo de UCD presentando parciales iniciativas de mejora de lo existente. el PSOE, que ya en la enmienda a la totalidad que presentó al proyecto de Reforma Sanitaria presentado por la UCD, había establecido los principios básicos de política sanitaria referidos a la asistencia psiquiátrica, continuaba debatiendo a nivel interno sus propuestas organizativas toda vez que ya comenzaba a tener responsabilidades de gobierno en administraciones provinciales (Diputaciones) que tenían a su cargo buena parte de los hospitales psiquiátricos en todo el Estado Español.

2.9.2 Jornadas socialistas sobre Atención Primaria (1982)

En el PSOE comenzaba la inquietud por el tema salud, entre otras cosas, porque en Ayuntamientos y Diputaciones con responsabilidad de gobierno socialista se habían puesto en marcha experiencias novedosas tanto en relación a la salud comunitaria y a la promoción de la salud (CMS/CPS) como a la atención psiquiátrica (desde el cambio de los hospitales psiquiátricos o desde los Ayuntamientos) sin directrices políticas homogéneas y sin un marco general donde inscribir esas experiencias de ámbito local. Uno de los momentos importantes en el debate interno del PSOE fueron las Primeras Jornadas Socialistas sobre Atención Primaria de Salud celebradas en Madrid los días 2, 3 y 4 de abril de 1982. Allí profesionales que, en años venideros, tendrán cuotas de poder para transformar la sanidad española y otros que su protagonismo estará en el día a día del trabajo en salud presentaron trabajos en una misma dirección: la atención primaria de

salud debía constituir el eje de la reforma sanitaria de nuestro país concretada en la creación de un Servicio Nacional de Salud.

Residentes de medicina familiar y comunitaria de la Clínica de Puerta de Hierro se decantaban por *El Centro de Salud como base de la Atención Primaria* al que definen como: “*un Organismo que ofrece a la población de un área geográfica determinada, servicios primarios de salud de forma integral y continuada, mediante un programa elaborado de acuerdo con las necesidades de la zona, con la participación de la comunidad y de un equipo técnico adecuado, contando con los recursos materiales necesarios (...) considerando de forma global los problemas y necesidades sanitarias de cada uno de los sujetos y de la comunidad, atendiéndoles desde un punto de vista bio psico social. Las funciones que el centro debe desarrollar son: elaboración de un diagnóstico de salud de la zona y acciones de protección, fomento y recuperación de la salud, educación e investigación (...). Las funciones de fomento comprenden las actividades tendentes a promover el óptimo estado vital, físico, mental y social*” (Pumar, Manuel Keenoy y Tenorio, 1982).

Otras militantes, formando parte de la Federación de asociaciones de Asistentes Sociales, reivindican el trabajo en equipo de médicos de familia, enfermeros de salud pública y de los/las trabajadores/as sociales, quienes tienen que coordinarse con otros profesionales (sociólogos, epidemiólogos, psicólogos..) y con la propia comunidad. Igualmente consideran el trabajo en equipo como un proceso que “*supone la aceptación de las decisiones grupales en detrimento de actitudes personalistas, asumiendo por tanto, la interdependencia de los miembros del grupo y manteniendo respeto absoluto hacia las opiniones de los demás (...). Las tres premisas para un buen funcionamiento de un equipo son: buen nivel de integración de sus miembros, explicitación de los objetivos y los roles y aceptación del liderazgo*” (Díaz Perdiguero y García Capelo, 1982).

Profesionales vinculados a los primeros Centros Municipales de Salud desde una perspectiva feminista (entre ellos varias psicólogas y alguna socióloga) exponen su concepción del equipo para abordar áreas de la mujer, tercera edad y problemática del alcoholismo y toxicomanías e incluye en el mismo, entre otros, al psicólogo que “*debe promover el cambio de actitudes que favorezcan la consecución de altos niveles de salud*” y al sociólogo “*imprescindible para hacer diagnósticos de la población, estudios de epidemiología y resultados y evaluaciones*” (Buitrago y Walker, 1982; Tapia et al., 1982).

Otras ponencias proponían denominaciones como la de Centro Integral de Salud como el primer escalón de la Atención Primaria en el que debían integrarse los recursos de los CMS/CPS y “*a los que, según la morbilidad de la zona y la marcha de la unificación en el Servicio Nacional de Salud de personal actual-*

mente fuera del Insalud, se irá dotando a los CIS con psiquiatras, psicólogos, odontólogos (...)" (Pérez Mota y otros, 1982).

La salud materno-infantil era objeto de atención privilegiada y por ende el trabajo en equipo en esa área. Esta vez un psiquiatra infantil remarca la importancia del trabajo en equipo multi e interdisciplinario: el pediatra comunitario, el diplomado en enfermería, la asistente social, el psiquiatra, el psicólogo, el sociólogo, etc., serán personajes que conformen un equipo que debe realizar una formación en la que *"es recomendable seguir una técnica dinámica, tipo Pichon Rivièrè o Balint, donde además de formarse se canalizará la angustia, las identificaciones, las actitudes y contraactitudes, donde se vieran los problemas y el tipo de relación mantenida. En fin, es un funcionamiento diferente para un tipo de trabajo diferente"* (Pedreira, 1982).

En el debate sobre las alternativas socialistas para la atención primaria participaron más psicólogos que psiquiatras, lo que muestra el interés de los primeros por la apertura a campos de intervención más amplios que el de la psiquiatría/salud mental.

En el debate del modelo sanitario en relación a la atención primaria se pone en juego también la redistribución de competencias en el marco de un Estado de las Autonomías. Este debate estaba presente en estas Primeras Jornadas Socialistas. Los defensores, dentro del PSOE, de las posturas más municipalistas se agrupaban alrededor de las nuevas experiencias sanitarias de las corporaciones locales, los Centros Municipales de Salud. Allí uno de sus animadores, Pablo Recio expone contundentemente los fundamentos de una línea de pensamiento de los socialistas españoles en una ponencia titulada *El papel de la Atención Primaria en la Alternativa Sanitaria Socialista* cuyas conclusiones nos parecen suficientemente expresivas de la defensa de la 'municipalización' de la Sanidad.

El mismo Recio insiste en otra ponencia sobre los Centros de Salud creados por las corporaciones locales donde afirma: *"lo que define este tercer estadio de los Centros de Salud es la voluntad política de los Ayuntamientos democráticos para asumir, en un futuro no lejano, y como ocurre en la mayoría de los países europeos, las responsabilidades fundamentales en la gestión de la atención primaria de salud, en un sistema integral, integrado, eficaz, humano y de profundización democrática. Siguiendo el texto de las resoluciones de Alma-Ata"* (Recio, 1982b). Este médico cordobés se posiciona de manera clara por la asunción de competencias sanitarias de los ayuntamientos en atención primaria de salud en el marco de un Servicio Nacional de Salud .

Significativa será también la ponencia de José M^a Rivera quien, inspirándose en los planteamientos del libro *Ecología Humana y Salud* de Hernán San Martín (1979) reivindica un concepto ecológico de salud en el que intervienen otros profesionales (urbanistas, antropólogos, psicólogos, trabajadores sociales, etc.), recoge las directrices de la OMS, Alma-Ata y el Informe Black de Inglate-

rra y defiende la municipalización de la Medicina Primaria. En sus conclusiones sobre política de salud en materia de atención primaria expone: *“la Atención Primaria de Salud constituye el núcleo gordiano de la Reforma Sanitaria (...), somos partidarios de una Medicina Comunitaria, integral, participativa y regionalizada. Estamos por la Municipalización de la Medicina Primaria. Toda la Atención Primaria de la Salud debe ser responsabilidad de la Administración Local. Apoyaremos las modificaciones legales que favorezcan el control de toda la Asistencia Sanitaria por el Municipio”* (Rivera 1982).

Como es obvio, esta postura no fue apoyada por los dirigentes del PSOE, ni tan siquiera por él mismo, ya que los sucesivos proyectos de reforma sanitaria socialista no dejaron en manos de los ayuntamientos ninguna competencia en relación a la organización y gestión del sistema sanitario. La contradicción, dentro del PSOE entre los discursos de sus líderes sanitarios respecto a la salud comunitaria y las prácticas que propugnaron desde los cambios del sistema sanitario comienzan a ser ostensibles. Unos años más tarde comienzan a ‘olvidarse’ los discursos más municipalistas y comunitarios bien porque las personas que los defendían ‘cambien’ de postura al ocupar otros lugares de mayor responsabilidad política bien porque se retiren del escenario político sanitario.

3. La influencia del “entorno democrático”

En este periodo de comienzo de la transición, además y simultáneamente a las influencias de los organismos internacionales, se conocen en España experiencias de otros países que van a ayudar a la elaboración de proyectos de cambio sobre todo a los próximos regidores de la política sanitaria española.

Así, ubicados a mediados de los años setenta cuando se presumía cercano el final del franquismo, el mundo de los profesionales sanitarios progresistas ya era un hervidero de nuevas ideas, proyectos ‘revolucionarios’ en sintonía con las alternativas políticas que se ofertaban desde la oposición. En muchos casos la génesis de estos proyectos alternativos se encontraba en teorías foráneas y en experiencias de cambio que habían tenido lugar en países tomados como referencia por los futuros dirigentes de democracia española.

Estas referencias motivaron que algunos jóvenes profesionales salieran a estos países a completar su formación, es decir a saber ‘cómo hacer’ política y organizativamente para cuando llegara el momento del cambio en España. Así, según las simpatías más o menos de izquierdas, los países más frecuentados fueron el Reino Unido, Francia, Italia y Suiza en Europa y Argentina, Chile y Cuba en América Latina. Europa en plena expansión del Estado del Bienestar y América Latina con su estela revolucionaria constituían los puntos de mira de los presuntos líderes de las reformas sanitarias.

Los Servicios Nacionales de Salud de Inglaterra y los países nórdicos desde una perspectiva más socialdemócrata, Cuba en la versión comunista, Chile en su versión de socialismo democrático y algunos planteamientos de la izquierda norteamericana, fueron algunas de las fuentes donde bebieron inspiración las vanguardias que años más adelante pusieron, al menos, las primeras piedras de la reforma sanitaria.

Referido a la educación sanitaria, algunos profesionales sanitarios, a partir de la sugerencia de exiliados argentinos que transitaban por allí, también miran al país de Dante y concretamente al Centro Experimental de Educación Sanitaria de la Universidad de Perugia. Allí acuden a formarse algunos médicos madrileños en 1981 y parte de su equipo docente se desplaza a España (Madrid y Barcelona principalmente) a impartir docencia con el mensaje de unir la prevención, promoción y educación para la salud en el trabajo de Atención Primaria en y con la comunidad ('participación' comunitaria). Este Centro de referencia de la OMS en Europa para la educación sanitaria contribuyó de esa manera a final de los años setenta y comienzo de los ochenta a la puesta en marcha en España de la atención primaria de salud.

Chile mostraba, en el corto tiempo que duró el Gobierno de la Unidad Popular de Salvador Allende (1970-73), la necesaria ligazón entre el cambio político-social y la construcción de un nuevo modelo de atención a la salud, también bajo la fórmula del Servicio Nacional de Salud, pero con un gran protagonismo de la participación comunitaria. El forzado exilio de los supervivientes al golpe militar trajo hasta nuestros lares, al menos temporalmente, a salubristas chilenos que habían contribuido a la abortada construcción del Sistema Nacional de Salud en el país andino. Fue el caso del psiquiatra Luis Weinstein quien realizó un intenso trabajo de formación con el núcleo dirigente de Sanidad de la Unión General de Trabajadores, según escribíamos con motivo del primer año de funcionamiento del Centro Municipal de Salud de Getafe (Madrid).

También tuvo su influencia Hernán San Martín quien antes de ubicarse definitivamente como profesor de Salud Pública en La Sorbona de París publicó su libro *Salud Comunitaria. Teoría y práctica* (San Martín y Pastor 1984) en colaboración con Vicente Pastor, médico español socialista. San Martín participó en 1982 en las Jornadas del Centro Especial de Medicina Comunitaria del 1º de octubre con una ponencia sobre *Epidemiología en los programas de salud comunitaria*.

La influencia de Cuba se notó en la formación de algunos médicos de izquierda tanto de Latinoamérica como de España así como también para los psicólogos, en los ochenta, como lo muestra la asistencia de una nutrida de representantes españoles al I Seminario Internacional de Psicología de la Salud celebrado en La Habana en 1984 (Bermejo, 1985; Duro y Vallejo, 1985). Tan es así que, al comienzo de los años noventa, en el fragor de profundas discusiones sobre

la ‘reforma de la Reforma’ de la atención primaria en España, se utilizaba como adjetivo descalificador para una parte de los implicados en el debate el término ‘cubanos’ haciendo referencia a su vinculación (ideológica y/o afectiva) con el modelo cubano (Costas Lombardía 1992; González Dagnino 1992).

No queremos dejar sin señalar la influencia procedente del contexto norteamericano en su vertiente más progresista representada por la traducción, en 1980, del libro *La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social* de Milton Terris por entonces presidente de la Asociación Americana de Salud Pública, manual obligado para los médicos con sensibilidad social.

Un español emigrado, Vicente Navarro, catedrático de Salud Pública y Política Social afincado en la Universidad John Hopkins de Baltimore (EEUU) y consejero de salud pública tanto en las Naciones Unidas como en diferentes Gobiernos y organismos (Estados Unidos, Cuba, el Reino Unido, la Unión Popular de Chile, Suecia, México, Italia, Colombia, etc.) en una línea explícitamente marxista criticaba el modelo capitalista norteamericano (Navarro 1976; 1977) y comenzaba a acercarse a la realidad española donde tuvo cierto protagonismo durante los años ochenta por su presencia en los medios de comunicación y por su vinculación a sectores del PSOE. En la Comunidad de Madrid fue nombrado asesor de María Gómez de Mendoza, primera Consejera de Salud y Bienestar Social de su historia. En enero de 1982 dirige unas Jornadas sobre salud organizadas por la Diputación Provincial y el Hospital Provincial de Madrid a propósito de las cuales es entrevistado por el periódico El País. El discurso crítico fue captado por el periodista quien, sin duda exageradamente, tituló la entrevista Transformar el sistema de medicina curativa en una planificación de salud originará un conflicto de clases.

La actualidad del tema llevó a un espacio de Televisión Española de reconocido prestigio como La Clave a programar un debate sobre Guerras médicas para septiembre de 1982. A él invitaron al profesor Navarro, entre otros. Dicho programa finalmente no llegó a celebrarse al ser cancelado por el Consejo de Dirección de Televisión. A propósito de su participación frustrada Vicente Navarro publicó un artículo en Tribuna Libre de El País con fechas 25 y 26 de septiembre titulado Los enemigos de la salud del pueblo español donde arremete contra dichos enemigos, a saber: *“los intereses industriales, financieros, farmacéuticos, de industrias médicas y hospitalarias y el poder médico”* y reivindica *“la participación y control popular que debería darse no sólo a través de sus representantes políticos, sino también a través de formas de democracia directa, con amplia participación de movimientos sociales, tales como sindicatos, asociaciones de vecinos, movimientos feministas y ecológicos y otros”* (Navarro 1982).

4. La influencia supranacional. La Organización Mundial de la Salud

Si las fuerzas vivas en España buscaban, en experiencias foráneas, argumentos y justificaciones para plantear un cambio sanitario viable y creíble para la mayoría de la población, cómo no iba a ‘dejarse’ influir por las directrices que emanaban de organismos internacionales tan poco sospechosos de planteamientos ‘revolucionarios’ como la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La OMS, fundada en 1946 se inscribe en el marco y en el espíritu de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y en ella se agrupan el conjunto de todas las naciones, más allá de diferencias ideológicas y políticas. Aunque sus decisiones no tienen un carácter vinculante para sus países miembros, sí se le concede una cierta autoridad científica y moral en relación con los grandes problemas de salud mundial. En el contexto de la crisis económica de los años 70 esta organización se vio en la necesidad de reflexionar profundamente sobre la organización de los servicios sanitarios en relación al imparable incremento de los costes sanitarios y a la poca correspondencia entre dicho aumento insostenible de los gastos sanitarios y el beneficio en la mejora del nivel de salud de las poblaciones.

4.1. El informe Lalonde (1974).

El aldabonazo científico que encendió todas las alarmas en el mundo de la política sanitaria lo constituyó el Informe Lalonde, realizado en 1974 por el ministro canadiense de salud. Este estudio demuestra la importancia y el peso relativo de los distintos determinantes que influyen en la salud de una población (en este caso la canadiense). Los expertos agruparon analíticamente los determinantes de la salud en cuatro grandes grupos: determinantes vinculados a la biología humana, al medio ambiente, a los estilos de vida y al sistema sanitario llegando a la conclusión de que los determinantes vinculados al medio ambiente y a los estilos de vida son los que más influencia tienen sobre la salud pública de las poblaciones (Lalonde 1974).

Diversos estudios efectuados en EEUU después del Informe Lalonde confirmaron la importancia de los estilos de vida como determinantes de la salud en los países desarrollados. Así, por ejemplo, Dever atribuyó a cada uno de estos grupos de determinantes un porcentaje de ‘responsabilidad’ en el nivel de salud de los canadienses y se analizó al mismo tiempo el presupuesto destinado por el gobierno federal a intervenir en cada uno de estos cuatro grupos de determinantes. Las conclusiones fueron demoledoras: el sistema sanitario aparecía como responsable del nivel de salud de la población en un 11% y consumía un presupuesto del 90,6 %, la biología humana en un 27% y se le destinaba un 6,9%, el medio ambiente (entendido en sus dimensiones físicas y psicosociales) un 19%

y se le destinaba un 1,5% y a los estilos de vida, determinante exclusivamente de naturaleza psicosocial, se le atribuía un 45% de responsabilidad en la aparición de las enfermedades y los problemas de salud, dedicándole, paradójicamente, sólo el 1,2 % del gasto sanitario a la educación sanitaria (Dever, 1977).

Las repercusiones del Informe Lalonde, corroboradas en años posteriores por autores como Dever, no sólo fueron importantes para el nacimiento de la llamada Nueva Salud Pública, sino para el cuestionamiento global de la tendencia asistencialista y supertecnológica del sistema sanitario universal, incluyendo el de los países socialistas. En este clima se inscribe la convocatoria de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria organizada por la OMS en la ciudad soviética de Alma-Ata en 1978.

4.2. La Conferencia Internacional de Alma Ata (1978)

En la Conferencia de Alma-Ata se dieron los fundamentos de la Atención Primaria de Salud y se postulaba la atención primaria como una alternativa a la tendencia de los años 70 por la que se orientaba la atención sanitaria hacia el hospital y las altas tecnologías. Y no sólo como alternativa, sino que se pretende elevar la atención primaria al primer lugar de importancia dentro del sistema sanitario y, lo que es más significativo, promover la autorresponsabilidad en salud a nivel personal, familiar y comunitario, es decir, trasladar el centro de gravedad del cuidado de salud de los organismos técnicos a los interesados. El concepto de salud que se maneja en la declaración de Alma-Ata mantiene la definición de salud dada por la OMS en su Carta Magna constitucional en 1946, es decir: *“el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* y entiende que la salud es un derecho humano fundamental.

El desarrollo económico y social y el grado máximo de salud para todos se necesitan el uno al otro para poder darse y para conseguir una mejor calidad de vida por lo que la población tiene el derecho y el deber de participar en la planificación y aplicación de su atención de salud. Uno de los objetivos sociales de los gobiernos debe ser el que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Alma Ata define la Atención Primaria de Salud como: *“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo*

social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (OMS, 1978)

Pueden apreciarse como elementos destacados de la atención primaria de salud entenderla como una asistencia básica pero imprescindible, accesible a toda la población, para lo que se requiere la participación de la comunidad con el fin de que asuma su parte de responsabilidad en su salud y actúe, en consecuencia, potenciando los factores que determinen su mejor estado de bienestar.

En cuanto a los gobiernos, deben mantener la atención primaria de salud como parte integrante del Sistema Nacional de Salud, para lo cual será preciso movilizar los recursos disponibles y hacer un uso racional de los mismos. Igualmente todos los países deben cooperar con el mismo fin y alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000. Así, se les insta a cooperar entre ellos en la promoción de la atención primaria de salud compartiendo la información, las experiencias y los conocimientos técnicos.

Uno de los aspectos más destacados en la declaración de Alma-Ata es la importancia de la participación, plena y organizada y de la autorresponsabilidad final de la comunidad (Bleda y Aguilar, 2011). Y, para que no quede como una acción aislada, se plantea como necesaria una labor de promoción y coordinación y el apoyo de la administración a nivel local, intermedio y central. Por lo que se refiere al aspecto operativo se declaró que sería preciso reorientar los servicios sanitarios en función de las necesidades de la atención primaria de salud y adaptarlos al medio social y económico. Por último se remarca la necesidad de abordar la estrategia de atención primaria de salud con un carácter multisectorial, es decir, con la plena participación y cooperación de todos los sectores del gobierno.

No es difícil entender tanto por el lenguaje utilizado como por los conceptos que subyacen en esta declaración la importancia que suponía esta nueva filosofía de atención a la salud para todos los países miembros de la OMS, España entre ellos.

El énfasis en la atención primaria de salud como eje de toda la atención sanitaria suponía una reorientación de los servicios sanitarios en aquellos países con servicios nacionales de salud (Europa y Canadá especialmente) y una apuesta viable por su más bajo costo para las naciones menos desarrolladas y con sistemas sanitarios más o menos precarios (América Latina, Centroamérica, y la mayoría de países africanos).

España, incluida en la órbita de los países europeos, pero con una reforma sanitaria pendiente, era susceptible de ser influida en esos momentos por las resoluciones de Alma-Ata. Y así fue. Al menos en el primer momento de discusión de la Reforma Sanitaria todos los partidos políticos coincidieron en el modelo marco

del nuevo Sistema Nacional de Salud (aquí ya podemos observar el cambio de Servicio por Sistema) y en el papel protagonista de la atención primaria de salud en el mismo. Evidentemente no podía ser de otra manera tanto en cuanto las bases de la Reforma Sanitaria se habían establecido en la recién nacida Constitución democrática de 1978 pactada por los principales partidos políticos y refrendada por la mayoría del pueblo español.

El menú de Alma-Ata estaba servido para los reformadores hispanos, faltaba por saber cuántos, cuáles ingredientes, y en qué proporción, entrarían a formar parte del plato nacional. El papel de ‘maître’ lo jugó Europa.

4.3 Salud para todos en el año 2000 (1981)

Durante la 34ª Asamblea Mundial de la Salud en 1981 se planteó como política la estrategia global de salud para todos en el año 2000 de la OMS mediante la cual se vislumbraba una nueva orientación de salud pública (Europa, 1986). Como meta para el año 2000 se planteó que todas las personas de todos los países pudieran tener al menos el nivel de salud que les permita trabajar productivamente y participar de forma activa en la vida social de la comunidad en la que viven. Como condición esencial para conseguir el objetivo de SPT 2000 se considera imprescindible el desarrollo de la atención primaria de salud y se reconoce que la estrategia depende del desarrollo real de la participación comunitaria y de la colaboración entre diferentes sectores e instituciones.

La OMS identifica 3 metas principales para la SPT:

1. Promoción de estilos de vida dirigidos hacia la salud.
2. Prevención de las enfermedades prevenibles.
3. Establecimiento de servicios de rehabilitación y de salud.

Fundamentalmente, la estrategia de SPT 2000 se basa en un concepto amplio y comunitario de la atención primaria de salud. Esta política fue refrendada en la cumbre de ministros europeos de sanidad celebrada en Madrid del 22 al 24 de septiembre de 1981 en la que se resaltó la educación de los ciudadanos para la salud y la prevención, tomando como base la participación de los ciudadanos en la gestión de los servicios de salud.

5. Planteamientos reformistas de UCD (1977-1982)

Era voluntad del caudillo que a su muerte se instaurara una monarquía más o menos autoritaria que mantuviera la continuidad del Estado franquista para lo que ya en sus últimos años había propiciado tímidas aperturas a través de su

presidente de Gobierno Carlos Arias Navarro. Éste sería el encargado de formar el primer gobierno de la Monarquía en diciembre de 1975 en plena fase de continuismo franquista. Incluso antes de la muerte de Franco, el gobierno de Arias Navarro se planteó la necesidad de ordenar el sistema sanitario y a tal fin el 13 de enero de 1975 creó una Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria que llegó a proponer en su Informe de julio de ese mismo año la aprobación de una Ley General de Sanidad. También el Libro Blanco de la Sanidad española elaborado entre la muerte de Franco (1975) y las primeras elecciones democráticas (1977) apostaba por la reforma y por la creación de un sólo organismo ministerial.

El Rey Juan Carlos va a prometer el 2 de julio de 1976 ante el Congreso de Estados Unidos la instauración en nuestro país de una Monarquía Democrática, lo que conllevaría la dimisión del franquista Arias y la elección de Adolfo Suárez como timonel de la transición española. Suárez promoverá la Ley de Reforma Política, aprobada en Referéndum el 15 de diciembre de 1976 con la abstención de los partidos de izquierda y legalizará los partidos políticos durante 1976 y 1977.

Con la activa oposición de los nostálgicos del régimen, expresada mediante acciones de los militantes de extrema derecha y respuestas represivas por parte de las fuerzas de seguridad del Estado a las peticiones de Amnistía y Libertad de los ciudadanos españoles, se convocan las primeras elecciones democráticas en nuestro país desde la República. Los programas sanitarios del PSOE y del PCE se reducen a declaraciones generales sobre el derecho a la salud sin ofrecer el modelo alternativo de Servicio Nacional de Salud que irán elaborando en los años siguientes (Maestro, 1992).

Suárez, al frente de una coalición de partidos, UCD, gana esas elecciones el 15 de junio de 1977. los distintos partidos políticos firman los Pactos de la Moncloa el 25 de octubre de 1977 en los que todos ellos, el PSOE y el PCE incluidos, aceptan el camino reformista de la transición democrática renunciando a la preconizada ruptura democrática de meses antes .

La existencia de diversas, contrapuestas y paralelas redes sanitarias (Centros dependientes del Instituto Nacional de Previsión, Administración Institucional de Sanidad Nacional, hospitales dependientes de la Diputaciones, asistencia benéfica, casas de socorro municipales, etc.) hacía más necesaria una reforma sanitaria que pusiese un poco de orden en el caos reinante. Así se recogía en el Libro Blanco de la Seguridad Social editado en 1977, cuando comienza su mandato el primer ministro del recién creado Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (4 de julio de 1977) en el gobierno de Unión de Centro Democrático (UCD).

Se inicia así un periodo constituyente que culminará el 6 de diciembre de 1978 con la aprobación en referéndum por el pueblo español de la Carta Constitu-

cional pactada por la mayoría de los partidos políticos del arco parlamentario. El 8 de diciembre aparece en el BOE la Ley de Partidos Políticos y el 29 de diciembre de 1978 Suárez disuelve las Cortes y convoca elecciones generales para el 1 de marzo de 1979 y las primeras elecciones municipales para el 3 de abril de ese mismo año. En estas segundas elecciones generales, primeras con la flamante Constitución, vuelve a ganar UCD y Suárez puede jurar su cargo el 2 de abril de 1979 como primer presidente de un gobierno constitucional.

El discurso reformista de UCD tenía un fácil camino a partir del caos presente en la sanidad franquista y sus intentos de cambio parten de la necesidad de ordenar y ‘modernizar’ el sistema sanitario español. Se incrementa el crecimiento gradual de la financiación estatal de la Seguridad Social que repercutirá en la asistencia sanitaria y se intenta racionalizar la organización sanitaria con la creación del Insalud, del sistema MIR y de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. El modelo médico auspiciado por el discurso reformista se inspiraba en la profesionalización y cualificación de los médicos que debería prestar una buena asistencia. Se trataba pues de la modernización de la práctica médica acorde con los tiempos de una sociedad moderna y occidental.

Las razones del poco éxito, si no fracaso, de las propuestas de UCD tenemos que buscarlas tanto en la oposición de los médicos y tecnoestructura del antiguo régimen que ven amenazados sus ostensibles privilegios como en la frontal oposición política del PSOE y del PCE en su labor de desgaste de un gobierno profundamente debilitado y sin apoyo ni en los profesionales, con deseo de cambio, ni en la población. Así, como sucederá después con el PSOE, la Reforma Sanitaria quedará supeditada a las luchas políticas internas de UCD y a las externas (PSOE y PCE) así como a los ya necesarios ajustes económicos. Este camino de creciente socialización del sistema sanitario español, chocaba, no obstante, con muchos intereses creados entre los profesionales sanitarios, médicos especialmente ya que, a mediados de los setenta, el 95 % de los profesionales sanitarios recibían un salario de alguna entidad pública y cada médico tenía un promedio de 2, 3 puestos de trabajo siendo los Hospitales los mayores contratantes de personal, lo que, según De Miguel (1983) contrastaba con la imagen que se quería dar de que el sistema se orientaba a una asistencia ambulatoria, de a pié y comunitaria.

Esta necesidad de reforma sanitaria era para los ciudadanos españoles una expresión más del deseo de una reforma política más amplia que la incluyera y que cambiara sustancialmente aspectos estructurales de la realidad social de este país.

Si caótica era la situación sanitaria, el nuevo ministerio, con competencias en materia de empleo, protección al paro y pensiones, al tiempo que en asistencia sanitaria, aparecía como un mastodonte difícil de mover. En cualquier caso no se movería hasta ser aprobada la Constitución el 6 de diciembre de 1978 en la que

“se reconoce el derecho a la protección a la salud” (Art. 43.1), y se abre la puerta a la Reforma Sanitaria, aunque con el suficientemente grado de flexibilidad para que cupieran en ella diversos modelos de asistencia sanitaria.

En este primer gobierno democrático comienza a darse los primeros reveses y enfrentamientos entre la denominada tecnoestructura y los nuevos gestores sanitarios (Elola, 1991), es decir entre un ministro centrista y la Organización Médica Colegial que reclama la participación de los médicos en la reforma anunciada. Comienzan entonces a crearse los primeros gobiernos preautonómicos y a asumir, en distinto grado, proporción y plazos, los recursos y competencias sanitarias, tal como se recoge en la Constitución española, para crear el Estado de las Autonomías.

El papel del Ministerio se reservará para tareas de coordinación, sanidad exterior y legislación sobre productos farmacéuticos quedando el resto en manos de las Comunidades Autónomas una vez efectuadas las transferencias sanitarias en 2002.

En 1978 UCD prepara su primera ponencia sanitaria. En ella defiende la medicina integral, la creación del Insalud y la constitución de centros de asistencia primaria con médicos de familia. Solamente se llevará a la práctica la creación del Insalud, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) en 1979. Las previsiones y voluntades políticas van chocando con la cruda realidad de las cifras macroeconómicas lo que provoca los primeros roces y fricciones en el Gobierno de UCD. El vicepresidente del Gobierno, Abril Martorell, se enfrenta con el ministro por las cuentas de la Seguridad Social y comienza a marcar cierto protagonismo de ‘lo económico’ por encima de ‘lo político’.

5.1 La Reforma Sanitaria de UCD (1979)

El 1 de marzo de 1979 empezará la siguiente legislatura para una UCD seriamente ‘tocada’ en su unidad interna pero que, a pesar de todo, mantenía su voluntad de cambiar la sanidad española. La persona elegida por el ministro Rovira Tarazona fue Segovia Arana que fue nombrado Secretario de Estado para la Sanidad. Según reconocieron incluso altos cargos socialistas, con el nombramiento de Segovia Arana “*UCD llega al máximo de su espíritu reformista y elige a la persona que realmente puede desde una posición conservadora, dar racionalidad al sistema sanitario. Es un momento de esperanza para la sanidad española*” (Alguacil, 1981).

El 29 de junio de 1979 el Gobierno enviaba a las Cortes el proyecto de Reforma Sanitaria. En el texto se habla de tres niveles asistenciales (medicina de familia, centros médico sanitarios y hospitales), se introduce la nueva terminología sanitaria respecto a la incorporación de la medicina preventiva y comunitaria

y se menciona la necesidad de que la asistencia psiquiátrica tienda a efectuarse en los centros extrahospitalarios.

La falta de acuerdo con el PSOE y con el PCE y el hecho de que “*Segovia Arana no supo contar con los apoyos sociales suficientes para sacar adelante un proyecto que no comprometía a nadie*” (Jurado, 1993: 44) hicieron fracasar este intento de consenso para la Reforma de 1980. Los puntos de disenso más importantes se referían a la gestión sanitaria, la participación de la comunidad y la financiación.

Según Jurado, UCD se conformaba con modernizar la sanidad y consolidar el Sistema de Seguridad Social, Coalición Democrática pretendía liberalizar el modelo español y la izquierda defendía la instauración de un Servicio Nacional de Salud (obra cit., pág. 46). En 1980 catorce expertos pasaron por el Congreso para hablar de la Reforma Sanitaria y, con el único apoyo de Coalición Democrática, el 7 de mayo de 1980 se aprueban las Líneas Generales de la Reforma Sanitaria, contra las que, entre otros, se pronuncia críticamente la Sección de Psicología del Colegio de Doctores y Licenciados de Madrid (Camarero 1980). Un mes después de aprobarse el documento que comprometía al gobierno a enviar al Parlamento una Ley de Sanidad ese mismo año, fue cesado Segovia Arana y poco después el mismo ministro Juan Rovira. Los ceses continuarán por la descomposición política de UCD. Será primero el vicepresidente y luego el mismo Adolfo Suárez, en enero de 1981, quienes dimitan dejando como sucesor a un transitorio Leopoldo Calvo Sotelo, cuya toma de posesión se verá interrumpida por el intento de golpe de Estado del coronel Tejero, el 23 de febrero.

5.2 El síndrome tóxico (1981)

La falta de consenso parlamentario, la conmoción por el intento de golpe de Estado y la necesidad de tomar medidas de ajuste para remontar la crisis económica hizo que, una vez más, la sanidad volviera a quedar en un segundo plano. Así habría sido sin más si no se hubiera producido en mayo de 1981 el envenenamiento por adulteración del aceite de colza, también llamado síndrome tóxico, por el que murieron más de 4.000 personas y quedaron afectados con secuelas físicas y psíquicas alrededor de 20.000 personas. Este desastre sanitario puso al descubierto la precaria situación de nuestra salud pública, de la epidemiología, de la respuesta del sistema sanitario, de la falta de control en las importaciones y, cuanto menos, de la ineficiencia de la Administración al tiempo que ‘dispara’ el movimiento de defensa de los consumidores, sin tradición en nuestro país hasta ese momento. El Gobierno tuvo que implementar medidas excepcionales para la atención sanitaria y psicosocial a los afectados por el Síndrome Tóxico creando las Unidades de Atención del Síndrome Tóxico (Segura, 1982).

Las repercusiones y el desgaste político para el Gobierno de UCD presidido por Leopoldo Calvo Sotelo, que necesitaba bien poco para desmoronarse, fueron tan importantes que merecieron dos mociones de censura, el 15 de septiembre de 1981 y el 8 de junio de 1982.

De esta manera se acaba el proyecto de Reforma de UCD y comienza la ascensión del PSOE como alternativa de Gobierno.

6. A modo de análisis interpretativo

6.1 Discursos críticos y reformistas

La articulación del discurso de los partidos políticos en relación con la salud en estos años está íntimamente relacionado con las posibilidades de ‘hacer política’ en la época a la que nos referimos. En primer lugar es obvio que no nos podemos referir a los partidos políticos en el mismo sentido que podemos hablar de ellos treinta años después. En un sentido estricto en los años setenta la actividad política se repartía entre ‘los políticos del régimen’ que ocupaban todas las parcelas de poder en la administración del Estado y ‘los políticos de la clandestinidad’ ocupados en organizar Plataformas alternativas al franquismo.

En el primer caso las personas adictas al ‘régimen’ –más o menos franquistas, tecnócratas opusdeistas o ‘de derechas de toda la vida’– eran las responsables del estado actual de la sanidad y de las condiciones de vida de la España predemocrática y por lo tanto sus discursos sanitarios se basaban exclusivamente en ‘más de lo mismo’: macrohospitales y asistencia médica masificada. En el segundo caso ‘los políticos en la clandestinidad’ que ocupaban un amplio espectro ideológico –desde monárquicos hasta anarquistas– se posicionaban claramente contra el continuismo político y hacían proclamas en pro de la reforma en unos casos –los demócratas de derecha y centro– y de la ruptura en otros –los partidos de izquierda–. Como tónica general la organización de los partidos políticos ‘de la oposición’ era precaria y sin ‘profesionalizar’.

En el caso de los partidos liberales su composición se basaba en ‘personalidades’ o profesionales próximos a los circuitos del poder y en el de los partidos de izquierda (PSOE y PCE) en cúpulas dirigentes supervivientes de la ‘represión franquista’, en líderes sindicales, vecinales y estudiantiles. Durante la dictadura ninguno de estos partidos, salvo el PCE, contaba con un relevante número de militantes de base. En relación con la salud esta posición a favor del cambio de los partidos ‘clandestinos’ implicaba la elaboración de algún tipo de discurso novedoso que se diferenciase del continuismo médico → asistencialista del ‘pasado’.

El discurso político relacionado con la salud se desarrolló en mayor medida entre los partidos de izquierda que, más allá de las reivindicaciones generales de cambio democrático, tenían que presentar alternativas sectoriales diferenciadas para ir ganando credibilidad entre la población ante las venideras confrontaciones electorales. Podemos decir que durante el final del franquismo los discursos políticos de la oposición en la clandestinidad se articulan exclusivamente en torno a los partidos de izquierda, o mejor dicho, en torno a profesionales sanitarios vinculados a estos partidos políticos. Estos profesionales, por un lado irán nutriendo de contenido las alternativas sanitarias que se presentarán a lo largo de la transición democrática y por otro se irán integrando como dirigentes de esos partidos políticos para, en la década de los ochenta, liderar los cambios de la sanidad española.

Veamos a continuación los dos tipos de discursos relevantes a lo largo de los años setenta, uno, el de la izquierda en la oposición –tanto en sus aspectos comunes como diferenciados entre el PSOE y el PCE–, el otro, el de UCD, obligado por sus responsabilidades de gobierno desde 1977 hasta 1982.

6.2 PSOE y PCE. Unidad para vencer al gobierno de UCD

En los últimos años del franquismo y en la transición democrática los discursos críticos relacionados con la salud provenían básicamente de médicos militantes o ideológicamente cercanos a los partidos de izquierda. Los análisis marxistas sobre la sanidad eran el fundamento de dichos discursos más allá de su militancia/simpatía con el PCE, el PSOE, el PSP, u otros partidos marxistas más minoritarios. La procedencia y el perfil de estos profesionales era doble, por un lado reconocidos profesionales con años de militancia en la clandestinidad, y por otro líderes estudiantiles ‘herederos de mayo del 68’ que están accediendo al mundo profesional bien a través de la medicina rural bien mediante su formación como médicos especialistas a nivel hospitalario (MIR).

El caso de los psiquiatras merece algún comentario adicional ya que la masa crítica de los mismos se encontraba en los viejos manicomios/hospitales psiquiátricos, camino reconocido para alcanzar el título de especialista antes de la implantación definitiva del MIR en Psiquiatría. Además entre los psiquiatras la militancia partidista era menos habitual que la ‘militancia’ profesional progresista. Dicho de otro modo entre los psiquiatras la mayoría eran de izquierda sin militancia en ningún partido político en concreto y, entre los que militaban, la mayoría lo hacían en el PCE.

Con estos antecedentes no es extraño que los discursos de los partidos políticos de izquierda, o mejor dicho de los profesionales sanitarios de izquierda relacionados con los partidos políticos, coincidieran en sus aspectos fundamentales, a saber: están basados en análisis marxistas –en su vertiente althusseriana en

muchos casos–, son críticos con el modelo médico hegemónico en sus aspectos ideológicos y con la organización actual del sistema sanitario público, propugnan un cambio radical de la sanidad, son poco asumidos por el ‘aparato’ de las cúpulas dirigentes y están escasamente incorporados en la ‘cultura’ institucional de los partidos –salvo en la reivindicación del derecho universal a la salud–. Evidentemente esa ‘radicalidad’ se fue matizando a lo largo de los años de la transición, pasando de planteamientos más rupturistas (sobre la municipalización de la sanidad por ejemplo) a otros más reformistas.

Respecto a los dos partidos de la izquierda que tendrán un papel determinante en los años venideros hay que resaltar el mayor número de militantes en general, y entre los sectores profesionales en particular, del PCE frente al escaso número de los militantes del PSOE. Los primeros eran los animadores a través de sus agrupaciones de profesionales de los organismos unitarios de lucha en la sanidad contra la dictadura (por ejemplo la mesa de hospitales, la coordinadora psiquiátrica nacional o las coordinadoras de los MIR). Este protagonismo del PCE durante la dictadura se va invirtiendo a favor del PSOE a lo largo de la transición democrática en la medida que se consolidaba el sistema democrático parlamentario y el PSOE lideraba la oposición a los planes de UCD.

El discurso sanitario de la izquierda se va desplazando desde los movimientos sociales en los que, en buena medida se generó, a los pasillos de la oposición parlamentaria. De la radicalidad en la movilización social a la ‘radicalidad’ en los discursos parlamentarios. En un caso se buscaba promover el cambio social, en otro el cambio político institucional. Los discursos de los partidos políticos cambiaban de escenario y de las asambleas en los barrios y en los centros sanitarios se pasaba a los debates parlamentarios. Sin embargo la ‘cercanía’ entre el nivel político y el ‘social’, es decir entre los políticos, –la mayoría todavía sin profesionalizar y procedentes de los sindicatos, asociaciones de vecinos, movimiento estudiantil y profesional, etc.– y los ciudadanos, permitía la fácil asunción por parte de los primeros de las demandas sociales expresadas por estos últimos y por los profesionales. Esta demanda general de cambio fue bien captada y expresada por el PSOE en su principal slogan –¡Por el cambio!– de las elecciones de 1982.

La oposición de los partidos de izquierda al gobierno de UCD les ‘empujó’ a coincidir en un discurso reivindicativo unitario en los grandes temas sanitarios (organización de un Servicio Nacional de Salud basado en la atención primaria de salud, municipalización de la sanidad, importancia de la participación comunitaria, etc.) y a unos acuerdos prácticos para llevar a cabo experiencias ‘modélicas’ de cambio institucional en las administraciones donde gobiernan ambos partidos (ayuntamientos y Diputaciones).

6.3 La unidad de la izquierda

En las elecciones municipales de 1979 el triunfo corresponde mayoritariamente a los dos partidos de izquierda más potentes, el PSOE y el PCE, por ese orden.

Por primera vez, después del Frente Popular de 1936, las comisiones ejecutivas de esos partidos firman un pacto municipal para apoyarse en la constitución de los gobiernos municipales y obtener el mayor número de alcaldías posibles, lo que consiguen en la mayoría de las grandes ciudades del territorio nacional. En Madrid capital accede a la alcaldía, el viejo profesor Tierno Galván, líder del Partido Socialista Popular, ahora integrado en el PSOE, que cuenta con el apoyo del PCE. Militantes de ambos partidos formarán el primer gobierno municipal democrático de la capital del reino después de la guerra civil. Lo mismo ocurre en todos los pueblos del cinturón industrial de Madrid a cuyos equipos de gobierno llegarán militantes socialistas y comunistas procedentes del movimiento sindical y vecinal mayoritariamente. El hecho de que muchos de los nuevos gestores políticos procedieran del movimiento sindical y de los movimientos vecinales hacía que estuvieran más cercanos a los problemas sentidos por la población. Las Diputaciones, todavía existentes pasan a ser también gobernadas por la izquierda.

Una vez que el PCE había aceptado las reglas de la transición y que se habían firmado los pactos municipales entre las direcciones del PCE y del PSOE, las coincidencias a la hora de plantear las reivindicaciones sociales son notorias por parte de ambos partidos, máxime cuando tienen enfrente al partido en el gobierno central: la UCD. Ése será el caso en temas sanitarios competencia del gobierno central.

El discurso político de izquierdas será por lo tanto unitario en sus reivindicaciones básicas contra el gobierno de UCD y unitario también en sus planteamientos ideológicos y técnicos a la hora de plantear respuestas sanitarias alternativas desde el ámbito municipal: Los Centros Municipales/de Promoción de Salud. Esta 'Unidad para vencer al gobierno de UCD' se mantendrá en estos primeros compases municipales e impregnará de un espíritu contra institucional a los profesionales progresistas próximos a los planteamientos de izquierda lo cual se traducirá en una masiva y entusiasta implicación de dichos profesionales en las experiencias alternativas de salud puestas en marcha por los ayuntamientos de izquierda en lo que llamaremos fase de crítica y alternativas a lo instituido. Este clima social de unión en la movilización para conseguir mejoras en la calidad de vida, una vez conseguida la libertad democrática, incluía, obviamente, a la sanidad que era sentida como una reivindicación acuciante dada la insuficiencia cobertura y deficiente calidad del imperante sistema de prestaciones de la Seguridad Social, sobre todo en la atención ambulatoria y especialmente en algunos

campos como la planificación familiar, la atención materno infantil o la salud mental.

Los deseos de cambio social por parte de la población española son oportunamente interpretados por el PSOE, partido que representaba la posibilidad real de gobierno. Además el hecho de coincidir con la crisis del PCE, hicieron posible esa cifra histórica de diez millones de votos que dieron una amplia mayoría absoluta al partido de los socialistas españoles. Los profesionales también apuestan por el cambio.

6.4 Todo el poder a los ayuntamientos

En 1979 se inicia el momento instituyente de la administración local. Los nuevos gestores, muy próximos a los ciudadanos, plantean, junto a las nuevas formas democráticas de gobierno, dar satisfacción a las necesidades y demandas más sentidas por sus vecinos, aunque incluso las leyes no contemplen esas competencias para las administraciones locales. Es el caso de respuestas sanitarias desde los ayuntamientos de izquierda cuya responsabilidad estaba en manos de la administración central (UCD). Llegar al poder, construir una utopía. Los ayuntamientos todo lo pueden en unos años de cierta expansión económica y en los que el endeudamiento estaba supeditado a la imagen política de que se daban repuestas a los problemas de los electores. Se hacía una ‘inversión’ económico-política en lo municipal para ‘rentabilizarla’ años más tarde en lo Estatal (como así fue en 1982). Incluso para la sanidad se fue perfilando un discurso municipalista, cercano a planteamientos italianos de ‘salud en el territorio’, que pretendía acercar el control de las instituciones de salud comunitaria a los ciudadanos y a sus administraciones más próximas: los ayuntamientos.

Los Centros Locales de Salud deberían ser, según algunos discursos del PSOE y del PCE, el eje del futuro Servicio Nacional de Salud. Todo el poder a los ayuntamientos como un medio para que el pueblo tuviera el poder sobre las instituciones que están, al menos teóricamente, a su servicio. Las instituciones se conciben más como un medio de satisfacer las necesidades de la población que como un fin en sí mismas. La psicología alternativa también encajaba perfectamente en ese proceso de fomento de la participación comunitaria en las instituciones sanitarias. La psicología se implementa en el ámbito municipal.

En este proceso de cambio institucional alcanzan su máximo desarrollo los CMS/CPS de los Ayuntamientos madrileños (años 80-85) comenzando su ocaso a medida que avanzan los planteamientos más globales de la Reforma Sanitaria en general y la Reforma Psiquiátrica en particular. Es decir en la medida que los ayuntamientos se consolidaban y no necesitaban ‘hacer de oposición’ al gobierno central, una vez que el PSOE ganó las elecciones generales y con la ‘desaparición’ del PCE como cogobernante en los ayuntamientos, los

ímpetus de poner en marcha nuevas instituciones decrecieron y las ya creadas, como los CMS/CPS, fueron desmanteladas o fueron languideciendo con recordadas competencias.

6.5 UCD entre la coyuntura y la modernización

En los comienzos de la democracia el discurso político reformista se expresa desde el partido en el gobierno, la UCD, que pretende una tímida racionalización y modernización del sistema sanitario con la aprobación del Proyecto de Reforma Sanitaria. A este proyecto se le oponen, por la derecha, las fuerzas médicas más conservadoras representadas en la llamada tecnoestructura sanitaria y organizadas en la Organización Médica Colegial (OMC) y por la izquierda los partidos de la oposición parlamentaria, PSOE y PCE. Las primeras se oponen a cualquier intento de cambio del sistema sanitario que ponga en peligro tanto privilegios directamente económicos: la práctica privada y el pluriempleo médico como la ‘injerencia’ de políticos, otros profesionales y otras fuerzas sociales (sindicatos por ejemplo) en un terreno –la sanidad– hasta ahora coto cerrado de las camarillas médicas. Los segundos, PCE y PSOE, se oponen a la modernización de la sanidad más por motivos de política electoral –desgaste del gobierno de UCD– que por su rechazo de los planteamientos reformistas.

6.6 Los médicos en busca de un nuevo rol social

Ya hemos resaltado anteriormente la importancia de los profesionales sanitarios de izquierda para la conformación del discurso sanitario de los partidos políticos en relación a la salud, veamos ahora algo más detalladamente sus características teniendo en cuenta que, a pesar de que en momentos puntuales otros sectores profesionales se pronuncian en temas relacionados con la salud (por ejemplo los arquitectos en relación con la vida en los barrios), son los médicos los principales articuladores de los discursos profesionales en relación con la salud.

Dejando de un lado el discurso médico hegemónico, heredero del franquismo, y que continuaba apostando por la asistencia médico biologicista hospitalaria y el preponderante papel del médico en la organización del sistema sanitario público, los discursos sanitarios emergentes están liderados por jóvenes médicos que han terminado su carrera al calor de las movilizaciones estudiantiles de final de los sesenta y comienzos de los setenta y que buscarán ejercer su rol profesional con un mayor compromiso con la comunidad –a lo que contribuyó sin duda la influencia de los movimientos cristianos de base en la que algunos se reconocían– y buscar un puesto de trabajo en un sistema sanitario que diera oportunidades de realización personal y profesional. En el primer caso muchos orientaron sus prácticas hacia la medicina rural, comunitaria o en instituciones periféricas al sistema

sanitario público (Centros de Planificación Familiar, de Ayuntamientos, etc.) y en el segundo hacia la formación MIR primero en su vertiente más hospitalaria y luego –desde finales de los setenta– en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

El discurso de la salud integral (bio psico social), del trabajo con la comunidad, de la prevención y promoción de la salud, del trabajo en equipo, de nuevas fórmulas organizativas –atención primaria– y técnicas –trabajo en grupo e intervenciones con la comunidad–, iba siendo incorporado en estos profesionales a través de la ‘importación’ de teorías y experiencias de países latinoamericanos y europeos (bien por medio de publicaciones, por la estancia/formación en esos países o por la presencia en España de inmigrantes/exiliados de algunos de ellos) y, sobre todo a partir de 1978, de la influencia de la OMS y la Conferencia de Alma Ata.

Este discurso médico, por un lado suponía una ‘ruptura’ con el modelo médico hegemónico en el sentido que daba más importancia a lo psicológico y a lo social en la génesis y abordaje de las enfermedades y ‘descentraba’ algo más la relación médico paciente hacia la comunidad y hacia el trabajo en equipo, y por otro ampliaba el ámbito de actuación médica de los hospitales y ambulatorios a la comunidad. Se postulaba así el acercamiento de la atención médica primaria al conjunto de las poblaciones ‘desmasificando’ la atención hospitalaria –casualmente más cara– y extendiendo la cobertura a todos los ciudadanos. La ampliación del mercado laboral para las nuevas promociones de médicos sería una de las consecuencias más llamativas de este nuevo discurso así como la mayor cualificación para su desarrollo profesional al salir del estrecho encuadre médico biológico y entrar en los planteamientos de las nuevas ‘evidencias’ científicas (lo psicosomático, la epidemiología y la prevención, la promoción de la salud, la relación médico paciente, etc.).

La modernización de la práctica médica entraba de la mano de los discursos integrales de salud y de la salud comunitaria.

A diferencia de otros países de nuestro entorno esta modernización, en el caso español, coincidía en el tiempo con la salida de un régimen dictatorial lo que permitía su arropamiento con una fraseología altamente radical y se vería acelerada por las demandas de jóvenes médicos de mayor protagonismo en la sanidad pública al ir cambiando su rol en la sociedad postfranquista –sobre todo en lo que a liberalización/asalarización de los profesionales sanitarios se refiere–.

Bibliografía

- ACARÍN, N. (1975), "Bases para la regionalización sanitaria". En: *La Sanidad hoy. Apuntes críticos y una alternativa*. Avance, Barcelona, pp. 89-97.
- ALGUACIL, A. (1981), "Las razones de fondo del problema sanitario". *El Médico*, Madrid, 49.
- ALOT, A. (1977), *Conxo: manicomio e morte*. Pontevedra: Xistral.
- APARICIO, V. Y GARCÍA, A. E. (1980), "La asistencia en el medio rural". En: GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M. (Ed.). "La transformación de la Asistencia Psiquiátrica". Asociación Española de Neuropsiquiatría Madrid, pp. 273-284.
- AUMENTE, J. (1970), "Razones en favor de una medicina socializada". *Cuadernos para el Diálogo*. Madrid. 20: pp. 83-87.
- BERLINGUER, G. (1973), *Medicina y Política*. Cuarto Mundo, Buenos Aires.
- BERMEJO, V. (1985), "La psicología de la salud en Cuba: una nueva perspectiva profesional de los psicólogos clínicos". *Información psicológica*, 21, pp. 8-23.
- BLANCO, P. (1980), "Experiencia sanitaria de Montánchez". *Jano*. 389: pp. 33-46.
- BLEDA GARCÍA, J., AGUILAR GIL, M. (2011). *Participación ciudadana en salud*. Universitas, S.A. Madrid
- BORASTEROS, C. (1975), "Los postgraduados. La formación de postgraduados. Un intento de reproducción del sistema". En INFANTE, A. (Ed.). *Cambio social y crisis sanitaria*. Ayuso, Madrid, pp. 204-221.
- BUITRAGO, C.; WALKER, P. (1982), "Alternativa sanitaria socialista: el lugar de la Atención Primaria de Salud en la misma". En *I Jornadas Socialistas de Atención Primaria*. PSOE, Madrid.
- CABA, P. (1970), "Medicina y Sociedad". *Cuadernos para el Diálogo*. Madrid. XX pp. 7.
- CABALLERO, O. (1975) *Autopsia. Chequeo a la Medicina española*. Nauta, Barcelona.
- CAMARERO, C. (1980) "Puntualizaciones al Documento del Gobierno sobre la Reforma Sanitaria". *Boletín de la Sección Profesional de Psicólogos del Colegio Oficial de Doctores y Licenciados de Madrid*, marzo: pp. 22-23.
- CAMPOS, J. (1980), "Hacia una alternativa democrática para la formación de recursos humanos en Salud Mental". En GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M. (Ed.). *La transformación de la Asistencia psiquiátrica*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 347-358.
- CAMPOS, J.; GOL, J., MOLL, J. J. (1978), "Características cualitativas de la actividad médica". En DE MIGUEL, J. (Ed.). *Planificación y Reforma*

- Sanitaria*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid, pp. 49-71.
- CATALÁ, F. (1978), “Ideología burguesa y Sanidad”. En I Jornadas Sanitarias del PCE. Vol.1. PCE, Madrid, pp. 85-92.
- CAÑIBANO, A., SÁNCHEZ CLEMENTE, M. (1975), “Trabajadores sanitarios no médicos”. Cuadernos para el Diálogo. Madrid. XLVI, pp. 31-32.
- COMELLES, J. M. (1986), “La crisis de la psiquiatría española durante el tardo-franquismo. El caso del Instituto Mental de la Santa Creu (1971-1986)”. Revista de la Asociación Española de Neurosiquiatría. Asociación Española de Neurosiquiatría. 6 (19): Madrid, pp.619-635.
- COSTAS LOMBARDÍA, E. (1992), “El Dogma de los Centros de Salud”. EL País, 20 de Septiembre
- COTARELO, R (1989). “La transición política”. En TEZANOS, J. F.; COTARELO, R., Y OTROS (Ed.). La transición democrática española. Sistema, Madrid, pp.31-45.
- DE LA CUEVA, J. Y AYESTARÁN, M. (1975), “La Medicina como coartada y el papel del médico”. Cuadernos para el Diálogo. Madrid. XLVI, pp.39-43.
- DE LAS HERAS, J. (1982), “Transformar el sistema de medicina curativa en una planificación de salud originará un conflicto de clases”. EL País 28 de Enero.
- DE MIGUEL, J. M. (1978), *Sociología de la Medicina: una introducción crítica*. Vicens Vives, Barcelona.
- DE MIGUEL J. M. (1983), *Estructura del sector sanitario*. Tecnos, Barcelona.
- DEVER, G. E. (1977), An Epidemiological Model for Health Policy Analysis. Social Indicators Research. 2, pp. 453-466.
- DURO MARTÍNEZ, J. C. (1982), “Jornadas de trabajo sobre salud mental y comunidad en Cataluña”. Papeles del Colegio 3 pp. 25-27.
- DURO MARTÍNEZ, J. C. y EQUIPO DEL C. M. S. DE GETAFE (1981), “El Centro Municipal de Salud de Getafe. Experiencia de un año de funcionamiento”. Boletín de Estudios y Documentación de Servicios Sociales, 6, pp. 49-61.
- DURO MARTÍNEZ, J. C., VALLEJO, F. (1985), “El psicólogo en el Sistema de Salud Cubano”. Papeles del Colegio 24. Colegio Oficial de Psicólogos, Madrid, pp. 20-26.
- DURO MARTÍNEZ, J. C. (2001), “Psicología y Salud Comunitaria durante la Transición Democrática”. Clínica y Salud 12 N° Extraordinario: 1-175.
- DÍAZ PERDIGUERO, A., GARCÍA CAPELO, C. (1982), “El Equipo Básico de Salud”. En I Jornadas Socialistas sobre Atención Primaria. Secretaría Federal del Área de Acción Social. Grupo Socialista de Salud. PSOE, Madrid.

- ELOLA, J. (1991), *Crisis y reforma sanitaria de la asistencia pública en España (1983-1990)*, Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- ESPASA, R. (1975), “Relaciones Sociales y Medicina”. En *La Sanidad hoy. Apuntes críticos y una alternativa*. Avance, Barcelona. pp. 11-26.
- EUROPA, O. M. S. (1986), *Los objetivos de la Salud para todos. Objetivos de la Estrategia Regional Europea de la salud para todos*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- FRANCIA, J. M. (1998), *25 años de Reforma Sanitaria (De la Transición al Gobierno del Partido Popular) 1970-1995*. Hespérides, Salamanca.
- GARCÍA, R. (1995), *Historia de una ruptura. El ayer y hoy de la psiquiatría española*. Virus, Barcelona.
- GONZÁLEZ DAGNINO, A. (1992), “Sobre “El dogma de los Centros de Salud””. *El País* 8 de Septiembre.
- HUERTAS, R., MAESTRO, A. (1991), *La ofensiva neoliberal y la Sanidad Pública*. Fundación de Investigaciones Marxistas, Madrid.
- IGLESIAS, P. P. (1994), “Marco legal de la Atención Primaria en la CAM”. *Noticias de Salud. Comunidad de Madrid*. 3, Madrid, pp.187-213
- INFANTE, A. (1975), “Luchas y conflictos sanitarios”. *Cuadernos para el Diálogo*. XLVI Madrid. pp. 28-30.
- JURADO, E. (1993), *Crónica de la Transición Sanitaria en España (1977-1992)*. Del discreto encanto de la reforma prometida al Informe Abril. Madrid.
- KENNY, M., DE MIGUEL, J. (1980), *La Antropología médica en España*. Anagrama, Barcelona.
- KESSELMAN, H., CAMPOS, J. (1988), “Del psicoanálisis a la psicología social: el Grupo Análisis Operativo”. En *Lo Grupal* 6. Búsqueda, Buenos Aires. pp. 71-80.
- LALONDE, M. (1974), *A new Perspectives on the Health of Canadians*. Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, Ottawa.
- LINARES, J. L. (1980), “La reforma asistencial en el Instituto Mental de la Santa Cruz en Barcelona. Breve crónica”. En GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M. (Ed.). *La transformación de la Asistencia Psiquiátrica*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, pp. 503-515.
- LÓPEZ JIMÉNEZ, J. M. (1994), “Atención Primaria en el medio rural de la Comunidad de Madrid”. *Noticias de Salud, Comunidad de Madrid*. 3, Madrid, pp.5-14 .
- MAESTRO, A. (1992), “La alternativa sanitaria de la izquierda española: su proceso de construcción desde la transición democrática”. En *Medicina social y clase obrera en España (siglos XIX y XX)*. Fundación de Investigaciones Marxistas, Madrid. pp. 595-623.

- MAILLARD, M. L. (1978) “La enfermedad y la salud”. El País. 3 de Noviembre, Madrid.
- MARSET, P. (1978) “¿Crisis en la enseñanza de la Medicina?”. En I Jornadas Sanitarias del PCE. Vol I, PCE, Madrid. pp.173-189.
- MARSET, P.; SAEZ, J. M., MARTÍNEZ NAVARRO, F. (1995), “La Salud Pública durante el franquismo”. *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 15, pp. 211-250.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (1982), Creación de las Unidades Piloto de Medicina de Familia. BOE 230 de 25 de Septiembre de 1982. RD 2392/82.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1986), Ley General de Sanidad. de 25 de abril. Ley 14/1986.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD, S. RD sobre la Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria. BOE nº 29 2 de Febrero de 1979. RD 3303/78 1979.
- MORAGA, I., VALDIZÁN, J. R. (1979), *Proceso a la Sanidad Española*. Zero, Madrid.
- NAVARRO, V. (1976), *La medicina bajo el capitalismo*. Grijalbo, Barcelona.
- NAVARRO, V. (1979), *Capitalismo, imperialismo, salud y medicina*. Ayuso, Madrid.
- NAVARRO, V. (1982), “Los enemigos de la salud del pueblo español” (1 y 2). El País, 25-26 de Septiembre,
- O’SHANAHAN, J. J. (1979a), “Centro de Salud de Tirajana”. *Jano*. 382
- O’SHANAHAN, J. J. (1979b), “Un Centro de Salud para el desarrollo. Tirajana 1976-1979”. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. Madrid. 53, pp. 1595-1630 .
- OMS. (1978), *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Ginebra.
- PEDREIRA, J. L. (1982), “Características del Equipo Multidisciplinario en Salud Materno-Infantil”. En I Jornadas Socialistas de Atención Primaria. Madrid: Secretaría Federal del Área de Acción Social. Grupo Socialista de Salud. Comisión Ejecutiva Federal. PSOE, Madrid..
- POLO, J. F. (1982), “La crisis en UGT-Sanidad”. *Noticias Médicas*. Madrid.
- PUMAR, J. L.; MANUEL KEENOY, E., TENORIO, I. (1982), “Ambulatorios y Consultorios de la S.S. Proyecto de transformación”. En I Jornadas Socialistas de Atención Primaria. Madrid: Secretaría Federal del Área de Acción Social. Grupo Socialista de Salud. Comisión Ejecutiva Federal. PSOE, Madrid.
- PÉREZ IGLESIAS, F. (1992), “Los planteamientos sanitarios de los sindicatos de clase en la transición española”. En HUERTAS, J. A. Y CAMPOS,

- R. (Ed.). *Medicina social y clase obrera en España (siglos XIX y XX)*. Madrid: Fundación de Investigaciones Marxistas, pp. 581-594.
- PÉREZ MOTA, A. Y OTROS (1982). *Anteproyecto de trabajo sobre Salud y Sanidad*. Madrid. Documento mimeografiado. Madrid.
- RECIO, P. (1978), “El fracaso de una medicina limitada”. *El País*. Madrid. 3 de Noviembre.
- RECIO, P. (1982^a), “El papel de la Atención Primaria en la Alternativa Sanitaria Socialista”. En *I Jornadas Socialistas de Atención Primaria*. Madrid: Secretaría Federal del Área de Acción Social. Grupo Socialista de Salud. Comisión Ejecutiva Federal. PSOE, Madrid.
- RECIO, P. (1982^b), “Los Centros de Salud creados por las Corporaciones Locales: situación y perspectivas”. En *I Jornadas Socialistas de Atención Primaria*. Madrid: Secretaría Federal del Área de Acción Social. Grupo Socialista de Salud. Comisión Ejecutiva Federal. PSOE, Madrid.
- RIVERA, J. M. (1982), “Alternativa Sanitaria Socialista. El lugar de la Atención Primaria de Salud”. En: *I Jornadas Socialistas de Atención Primaria*. Madrid: Secretaría Federal del Área de Acción Social. Grupo Socialista de Salud. Comisión Ejecutiva Federal. PSOE, Madrid.
- RODRÍGUEZ, J. (1987), *Salud y Sociedad. Análisis sociológico de la estructura y la dinámica del sector sanitario español*. Tecnos, Madrid.
- RODRÍGUEZ, J., DE MIGUEL, J. M. (1990), *Salud y Poder*. Centro de Investigaciones Sociológicas/Siglo XXI, Madrid.
- ROF CARBALLO, J. (1970), “La trampa”. *Cuadernos para el Diálogo*. Madrid. XX: 4-6.
- SAN MARTÍN, H. (1979), *Ecología humana y salud*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- SAN MARTÍN, H., PASTOR, V. (1984), *Salud Comunitaria. Teoría y práctica*. Díaz de Santos, Madrid.
- SEGURA, M. (1982), “Unidades de Seguimiento del Síndrome Tóxico”. *Papeles del Colegio*, 6, (50) Madrid.
- SOPENA, A. (1978), “Concepto social del aborto”. En *I Jornadas Sanitarias del PCE*. Vol I. PCE, Madrid. pp. 5-12.
- SÁNCHEZ CLEMENTE, M. E INFANTE, A. (1975) “Los movimientos de masas del sector. Cronología seleccionada de los conflictos”. En INFANTE, A. (Ed.). *Cambio Social y Crisis Sanitaria*, Ayuso, Madrid. pp. 247-278.
- TAPIA, T. Y OTROS (1982). “Centros de Salud”, En *I Jornadas Socialistas de Atención Primaria*, Secretaría Federal del Área de Acción Social. Grupo Socialista de Salud. Comisión Ejecutiva Federal. PSOE, Madrid.
- TERRIS, M. (1980), *La Revolución epidemiológica y la Medicina Social*. Madrid: Siglo XXI.

- UGT (1977). “Bases para una Alternativa Sanitaria”. Unión General de Trabajadores, Madrid.
- VARIOS AUTORES (1970). “La crisis de la Medicina en España”. Cuadernos para el Diálogo, 20.
- VARIOS AUTORES (1975), “El derecho a la salud”. Cuadernos para el Diálogo, 46
- VARIOS AUTORES (1987), Tendencias actuales en Educación Sanitaria, CAPS, Barcelona.
- VALTUEÑA, J. A. (1975), “El ciudadano indefenso y la educación para la salud. Cuadernos para el Diálogo”. Madrid. XLVI pp. 77-78 .
- VILLALANDA, A. (1975), “La Sanidad en los barrios”. Cuadernos para el Diálogo. Madrid. 46, pp.54-56.

