

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL CAMPO DE LA ASISTENCIA SOCIAL Y SANITARIA *

LUIS SERRAT PAGÉS y COLABS.

(de Barcelona)

LA salud es el fin último de la medicina. Para conseguirla la Humanidad viene dedicándole una gran parte de sus más nobles esfuerzos.

La Ciencia Médica, desde sus albores ha sido una de las más sólidas bases sobre las que se ha apoyado la sociedad para edificar su bienestar, ya que éste no es posible sin una salud física, partiendo de la cual pueda el hombre proyectarse hacia dimensiones sociales más completas. La Medicina evoluciona constantemente y desde sus recursos meramente paliativos hasta los actuales conceptos curativos, preventivos y mejorativos, existe todo un camino de superación recorrido durante siglos en continua lucha contra el dolor, la enfermedad y la muerte, esto es, la infelicidad, el infortunio.

Nuestro siglo, es el siglo de oro de la terapéutica y de la cirugía. A la luz de sus éxitos espectaculares ha quedado relegada a un segundo lugar la puesta en práctica de la Prevención, de la Higiene, olvidándose aquella vieja máxima

que sigue hoy en día llena de sentido sanitario: «es mejor prevenir que curar».

Decíamos que el último fin de la Medicina es conseguir y mantener la salud. Curar, reencontrar el equilibrio orgánico perdido, será siempre un sustitutivo, un recurso —aunque de inmenso valor— ante el fracaso en el mantenimiento de aquélla.

En las sociedades y en los individuos enfermos existen siempre unos antecedentes que nos ilustran sobre las causas originarias de la pérdida de su salud. Los motivos de tal desequilibrio son el blanco al que hay que dirigir los recursos sanitarios y sociales.

Pero nunca la Sanidad, y por lo tanto la conservación de la salud social, fructifica adecuadamente si no es mediante la consciente colaboración de aquellos sobre quienes debe ejercerse dicha acción sanitaria y mejorativa. Esta característica es la que debe distinguir la Medicina Social de la clásica, en la cual, si bien la actitud del individuo enfermo es un factor valora-

(*) Comunicación leída en la Sesión del día 23-XI-65. — Presentación del Académico Numerario Dr. C. Soler Dopff.

ble, dominan en la lucha por su curación influencias externas, terapéuticas.

Ahora bien, esta postura activa de la población no se consigue por medio de presiones normativas unilaterales; los móviles de la sociedad van siempre unidos a la clara conciencia de los motivos que la impulsan o dirigen.

La Psicología Social habla claramente de la necesidad de crear esta conciencia en las colectividades a las que se pretende mover o incluso beneficiar. Sin este sentido de conocimiento, los grupos humanos no se solidarizan de modo responsable con medidas o presiones que sienten como ajenas por el mero hecho de serles impuestas.

Para alcanzar este ideal de mutua colaboración hacia un bienestar común, entre la población y los estamentos oficiales, es necesaria por parte de aquélla una preparación e información adecuada a fin de que pueda integrarse conscientemente a tal labor.

Así, pues, si la sociedad debe movilizar sus energías, todos los componentes de la misma estamos comprometidos, tanto los individuos aisladamente como las comunidades organizadas y los poderes públicos. Consideramos que la problemática real de la sociedad no queda resuelta con la simple perfección de la ley escrita. Sin demasiadas leyes puede, en cambio, una sociedad funcionar perfectamente si la mayor parte de sus miembros aceptan con clarividencia

su responsabilidad personal, entendiendo por tal la conciencia del derecho tanto como la del deber.

En el orden práctico, creemos que la admisión de esta premisa es esencial para encontrar un camino resolutorio *del vacío que se produce* entre el cuerpo de la ley y el cuerpo social viviente y cambiante a que va dirigida. Y al hablar del vacío producido entre la ley y el cuerpo social, nos ha incitado a ello la experiencia adquirida a través de cuatro años de labor al frente de los nuevos Centros Municipales de Asistencia Social y Sanitaria.

Desde la aplicación de los Seguros Sociales, la Higiene Escolar, pasando por gran parte de realizaciones sociales y sanitarias perfectamente concebidas en su aspecto teórico, hemos comprobado cómo *repetidamente se produce* —por variada motivación— *esta desconexión de la Ley con la Sociedad a quien va dirigida*, desconexión que resta parte de la eficacia que aquélla pretende al promulgarse. Hemos constatado que la causa fundamental de esta desconexión es la carencia de formación y de información adecuadas de la Sociedad.

Como conclusión: a través de nuestros Centros, pretendemos trabajar para conseguir la salud social, en la medida de lo posible, por medio del estudio primero, y de la aplicación, después, de técnicas orientadas a descubrir los problemas que crea la referida desconexión de la sociedad con las posibi-

lidades que ofrece la Ley. Surge de lo expuesto, la necesidad perentoria de proporcionar a la población la debida información de los recursos con los que ya cuenta (y que ignora en su mayor parte), dirigidos a su perfeccionamiento. Pero por encima de esta información se plantea la conveniencia de profundizar en la causa fundamental de tal desorientación: la baja formación de la conciencia social referente a sus responsabilidades personales y colectivas. Es necesario educar a la población. La forma más conveniente de hacerlo, así como los medios más idóneos a utilizar en cada caso, son parte importante de nuestro trabajo, dentro de la línea de una modalidad de la Medicina que hasta la fecha se ha dado en llamar Asistencia Social y Sanitaria.

Nuestra experiencia práctica en el campo de la Asistencia Social y Sanitaria, empieza en el año 1960, cuando la entonces Tenencia de Alcaldía de Sanidad y Asistencia Social inauguró el primer Centro experimental de Torre Lloveta. Dicho Centro pretendía *constituir un nexo de unión entre las necesidades de la población y los diversos recursos sociales y sanitarios ya existentes*, dentro de una planificación de coordinación Asistencial Hospitalaria, que se estaba elaborando por aquel entonces, en un intento de cohesionar racionalmente la asistencia sanitaria de nuestra ciudad. El acelerado ritmo en el crecimiento de la población pro-

vocado por las corrientes migratorias internas agudizaba el problema de la insuficiencia de los recursos que la Sanidad local podía ofrecer a la población, problema que en la actualidad alcanza proporciones casi dramáticas.

Si a ello sumamos la desconexión antes mencionada entre los precarios recursos sanitarios y sociales *y su utilización real* por la población necesitada de los mismos, se comprenderá la magnitud del problema sanitario planteado en nuestra ciudad. De ahí se sigue la importancia de la función que podía desarrollar este primer Centro y otros que le sucedieran, *en un sentido de coordinación* entre estas dos partes protagonistas de la problemática sanitaria.

En este primer Centro, ubicado en el Paseo Maragall (Distrito XII) empezó a plantearse la necesidad de estructurar un orden de trabajo que, si bien debía, en muchos aspectos, ser autodidacta, tenía como punto de partida los principios generales antes expuestos. Un equipo de médicos y visitadores sociales, conscientes de la importancia de esta misión, empezó a planificar un sistema de actuación práctica, una vez superadas las vacilaciones lógicas de un período de prueba durante el cual se fueron creando tres nuevos Centros de Asistencia Social y Sanitaria en zonas extremas de la ciudad, como son: Trinidad, San Andrés y Las Corts. *La experiencia adquirida en esta primera etapa* nos condujo a la actual

planificación de la Asistencia Social y Sanitaria en los Distritos Municipales en los que radican estos Centros.

En líneas generales nuestro esquema de trabajo se ha ido consolidando en sucesivas fases, quedando en la actualidad delimitado en cuatro vertientes: 1.ª *Estudio del Medio*, 2.ª *Asistencia Sanitaria y Preventiva*, 3.ª *Trabajo Social*, y 4.ª *Educación Social y Sanitaria*.

Estudio del Medio. — En primer lugar era necesario conocer a fondo el medio ambiente en el que se iba a desarrollar nuestro trabajo. La problemática dentro de la que se movían los grupos sociales influenciados por cada Centro. Este estudio del medio, que debe ser exhaustivo, se inicia desde un principio por cada Centro y se completa y actualiza ininterrumpidamente a través de las experiencias adquiridas en la realización conjunta de nuestras actividades. Como por ejemplo, en la labor de inmunización, revisiones periódicas, preventivas, trabajo social de casos, etc.

Este *estudio del medio* se refleja, como es lógico tanto a las condiciones higiénicas, ambientales, como a las individuales. A la situación y recursos sociales de la población y, por lo tanto, a los innumerables hechos y problemas que de todo ello se derivan. Para realizar estos estudios recurrimos a las más diversas fuentes de información, pero siempre *valorando, en primer término*, los contac-

tos directos. Desde el primer momento encontramos un gran colaborador en el MAESTRO de *Educación Primaria*. Gracias a su ayuda se ha podido conseguir una relación y una introducción en otros sectores de la población a los que hubiera sido muy difícil llegar por otro conducto, como son, las madres de familia, los jóvenes y otros grupos de adultos, así como a un SECTOR BÁSICO DE LA POBLACIÓN: LOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR.

También nos hemos puesto en contacto y hemos obtenido la colaboración de otros elementos responsables de la población, como son: las Parroquias, Asociaciones culturales, de padres de Familia, etcétera, muchos de cuyos miembros se han integrado totalmente a la orientación que hemos dado a nuestro trabajo, sirviéndonos para completar nuestra información dentro de los más diversos ámbitos.

Asistencia Sanitaria y Preventiva. — Una segunda labor impuesta, y coherente con el plan que vamos exponiendo es el de una Acción o Asistencia Sanitaria preventiva dirigida a la población que integra cada distrito. De esta forma los Centros adquieren una personalidad y prestigio definidos al prestar unos *Servicios Sanitarios con los que aquélla se beneficia de una manera concreta*.

Toda la gama de las acciones y servicios propios de la Higiene y la Medicina Preventiva e incluso

la asistencial, se realizan en dependencia directa con los Institutos Municipales específicos (Higiene, Medicina Preventiva, Asistencia Médica Municipal, etc.), consiguiendo se haga uso más intenso de estos recursos Asistenciales que, por la desconexión a la que nos referíamos al principio, no son suficientemente aprovechados.

Trabajo Social. — Paralelamente a las dos funciones antes citadas, se realiza una labor de Trabajo Social, llevado a cabo por una Visitadora Social, consistente, en síntesis, en *ayudar a los individuos que se hallan en situación de conflicto a hallar soluciones a través de sus propios recursos y los que les ofrece la comunidad*, y a través de las técnicas propias de la profesión. Este trabajo tiene tres características diferentes, según sea un individuo el que presente el problema (trabajo de casos), un grupo de individuos (trabajo social de grupo), o un conjunto social más amplio (trabajo social de comunidad).

Esta función de trabajo social es un eslabón más, de gran importancia, que viene a unirse al fin último de la Asistencia Social y Sanitaria que es: mejorar la salud de la población a través de su propia responsabilización. Salud, entendida en un concepto integrador, esto es, el bienestar físico social y mental del individuo, tal como lo ha definido la O.M.S.

Educación Social y Sanitaria. — Además del interés propio de cada una de las tres funciones expuestas, *todas en su conjunto* sirven de fundamento y medio para permitirnos realizar con suficiente base científica esta cuarta función de la Asistencia Social y Sanitaria que consideramos la más importante para la consecución del bienestar de la población a través de su promoción social y humana.

En el orden práctico, de realización, hemos dividido nuestra planificación de Educación Social y Sanitaria, en tres fases o etapas correlativas que resumimos seguidamente:

1.^a Fase: de *Preparación*. Todas las actividades antes enumeradas, Estudio del Medio, tomas de contacto con los grupos responsables, acciones sanitarias y trabajo social, nos sirven para esta primera fase de preparación que completamos en la confección de los oportunos programas para los cursos, adaptados a la idiosincrasia local; además, se realiza una campaña de propaganda (cartas, carteles, visitas, etc.). Posteriormente se fijan los lugares, fechas y horarios más convenientes a la población en cada caso. Esta actividad nos permite llegar a una

2.^a Fase: de *Realización*: en la que cada lección o conferencia tiene como finalidad el *despertar la conciencia* de las responsabilidades sociales y sanitarias individuales y colectivas, más que realizar una

función meramente informativa, teniendo muy en cuenta que en los temas abordados coincidan nuestras ideas educativas con los intereses de la población, averiguados por medio de coloquios, encuestas, etcétera.

Obran en nuestro poder datos demostrativos de la efectividad de esta línea de conducta, ya que después de una campaña de Educación Sanitaria y, en ocasiones, después de una sola conferencia, los grupos que han asistido han modificado su postura de indiferencia por una actitud activa. Citamos el ejemplo de la asiduidad y numerosa asistencia a las lecciones del sector de madres de familia, a pesar de las muchas cargas domésticas que gravitan sobre la mujer en las zonas humildes y laborales. Así como la respuesta masiva de la zona de barracas de Francisco Alegre, después de una de las lecciones sobre Prevención Infantil, al conseguir, por propia iniciativa de las madres, se realizase la vacunación de todos los niños del sector, que hasta la fecha era prácticamente nula. Podríamos citar muchas otras muestras de esta toma de conciencia de la población, a través de la Educación Sanitaria.

Dentro de esta fase de realización, consideramos de interés terminar cada plan anual con un solemne acto de clausura de los cursos, con entrega de diplomas de asistencia, dando el mayor carácter de seriedad y justo valor a esta incipiente labor educativa, llama-

da, sin duda, a alcanzar en breve plazo un puesto preferente entre las diversas actividades de la moderna Medicina. Dichos actos de clausura han pasado, al igual que nuestra planificación de Educación Sanitaria, del ámbito local, al ciudadano. Prueba de esta afirmación es el último de ellos, que tuvo lugar el pasado mes de julio en el Salón de Ciento de nuestro Ayuntamiento, al que asistieron más de 700 cursillistas que hicieron insuficiente el recinto.

3.ª Fase de *Desarrollo y promoción social*. Como consecuencia de las enseñanzas recibidas, la población reforma o revisa sus conceptos y actitudes sociales y sanitarias. Se interesa por hechos hasta entonces al margen de su problemática vital. Empieza a tomar conciencia de nuevos derechos y deberes y pasa a incorporarse de manera indirecta y, en ocasiones, directamente, a un conjunto social más desarrollado que se convierte en un nuevo colaborador en ese esfuerzo para mejorar. En lo sucesivo esta población solicitará por propia iniciativa nuevas enseñanzas y exigirá mayores responsabilidades, difundiendo con su ejemplo una norma de conducta más madura. Como ejemplo de esa fase de desarrollo de la comunidad, citamos el barrio de Las Roquetas (primera zona en que iniciamos nuestro trabajo), cuya población está en la actualidad organizando por propia iniciativa círculos de conferen-

cias para la juventud, padres de familia, en diversos locales, interesándose además por problemas sociales y humanos que hasta la fecha no valoraban.

Nuestra actitud ante esta tercera fase se diferencia de las anteriores en que es expectante y, en cierto modo, pasiva, ya que nuestra actuación como sanitarios y trabajadores sociales vendrá determinada por las iniciativas de la población, iniciativas que en el mejor de los casos prescindirían casi por completo de nosotros, para dirigirse y pedir de los estamentos y de las Instituciones oficiales y públicas el correcto ejercicio de las funciones que les son propias.

En el terreno del detalle dentro de los límites de generalización que nos hemos impuesto en la presente comunicación, creemos de interés indicar la temática que seguimos en nuestros programas de Educación Sanitaria en Adultos. Los dividimos en cuatro capítulos genéricos: el primero sobre la *salud*, el segundo sobre la *maternidad*, el tercero, *el niño*, y cuarto *las relaciones humanas*. De la amplitud de cada uno de estos capítulos, así como según sea el nivel cultural de la población asistente, surgen variados temas que, a petición de los cursillistas se van desarrollando en forma de nuevos cursos o conferencias.

Para finalizar con esta exposición de nuestros criterios sobre la Educación Sanitaria, apuntamos

un aspecto de ella que hemos dejado en último término: *la educación sanitaria escolar*, que para nosotros es la que debería poseer una primacía absoluta en toda planificación de la Educación Social y Sanitaria, ya que el niño es el futuro adulto y sólo consiguiendo nuevas generaciones más formadas podremos, aunque sea a largo plazo, elevar el nivel de la población y, como consecuencia, su bienestar y salud.

Esta planificación, que creemos debería ir íntimamente unida al nuevo Plan Nacional de Educación Primaria, escapa desde luego a nuestras posibilidades del momento. Sin embargo, hemos realizado experiencias en este terreno, con resultados dignos de tener en cuenta. La actual mentalidad del niño de 8 a 13 años se ha desarrollado enormemente, quedando, en muchos aspectos desfasado el actual Plan Educativo. En el Grupo Escolar Juan Maragall, los niños se han interesado por temas que sorprenden por su madurez.

Opinamos que, de realizarse una revisión de la Educación Primaria, sería factible que, a través de la Institución Municipal, se llevara a cabo dicha planificación de Educación Sanitaria Escolar, dentro de la otra más amplia estructuración de Asistencia Social y Sanitaria.

* * *

Aquí termina la exposición de las cuatro vertientes de trabajo en

que operamos el equipo de médicos y visitantes sociales especializados en el campo de la Educación Social y Sanitaria Municipal de Barcelona, pero, al mismo tiempo, y apoyándonos en la experiencia vivida durante casi cinco años de trabajo continuado, nos consideramos con la mínima autoridad suficiente para apuntar aquí lo que podría constituir el futuro de la Asistencia Social y Sanitaria en cada Municipio, que es decir en el ámbito nacional.

Ya que las funciones expuestas abarcan, por un lado, las actividades higiénico-sanitarias propias también de la Sanidad Nacional; funciones educativas relacionadas con la Educación Nacional, y funciones sociales y de Asistencia Sanitaria propias de la Sanidad Municipal local, vemos que dichas funciones corresponden a las propias de unos *Centros Sanitarios intermedios o secundarios*.

Estos Centros prestarían asistencia directa a la población, realizarían estudios del medio, etc. También servirían de conexión entre la población del Municipio con los servicios estatales o paraestatales. Y puesto que estas dependencias y conexiones ya existen en la actualidad (médicos APD en zonas rurales), tan sólo sería necesario *actualizar*, bajo los criterios de actuación antes expuestos, de la Asistencia Social y Sanitaria, las reglamentaciones de los funcionarios Municipales de los campos sociales y sanitarios.

Si bien es evidente la postura dominante que en la Medicina Moderna debe poseer la prevención de la enfermedad y conservación y mejoramiento de la salud individual y social, nos parece observar que en ciertos sectores profesionales existe un claro escepticismo en cuanto a esta prelación de la acción preventiva sobre la curativa. Sin embargo, es evidente que, como decíamos al principio, sigue vigente aquella máxima de que «es mejor prevenir que curar»; y es mejor, no sólo desde el punto de vista estrictamente científico, sino también desde el humano y económico. En la difícil lucha para conseguir una mayor salud de la población, se debe —como en todas las empresas de la vida— ir con rectitud de intención al fondo del problema y tener una visión prospectiva.

Al enfermo debe dársele asistencia; por lo tanto debe encontrar una cama, un médico, una terapéutica en el momento que lo necesite, pero el último y más noble fin de la ciencia médica es luchar para conseguir que no se produzca la enfermedad y, por lo tanto, se haga cada vez menos precisa la actuación del clínico, derivando las funciones médicas clásicas hacia los nuevos campos —vastísimos— que se abren en el horizonte médico, tales como la Higiene, la Prevención, el mejoramiento de la salud, esto es: una medicina social en su verdadera y difícil acepción de la palabra.

Discusión. — El doctor Pedro Domingo se hace eco de los grandes problemas que, en nuestra ciudad, han descubierto los autores. Tendrían que sugerirse medidas de orden gubernativo a las autoridades, por muy dificultosas y complicadas que parezcan inicialmente, dice. En fin, la Corporación que nos reúne no habría de soslayar lo verdaderamente factible al efecto.

El doctor M. Bartolomé comenta el alcance médico y social, en todas sus dimensiones, de lo planteado y así justificar que se pida una clara intervención de los que mandan.

El doctor A. Pedro Pons (Presidente) habla de una escala local y de otra nacional de soluciones y opina que, desde Barcelona, únicamente, poco cabe hacer.