

#SIAPLLEIDA

CUIDADOS PRIMARIOS, SERVICIOS SOCIALES Y POLÍTICA SANITARIA

Fernando Fantova, consultor social

Seminario de Innovación en Atención Primaria. SIAP nº 35 (con su sesión "satélite" nº 7)
Lleida, 10 y 11 de noviembre de 2017

Aunque por gozosas razones conyugales disfruto (desde hace más de media docena de trienios) de una intensa y apasionante proximidad a la práctica de la medicina familiar y comunitaria y de la atención primaria del sistema sanitario público (vasco, en mi caso), no fue esa la conexión a través de la cual me llegó la invitación a participar en el Seminario de Innovación en Atención Primaria que culminará en Lleida el 10 y 11 de noviembre de 2017, sino la de amigas médicas de la CAMFIC, en cuya revista, a través de este artículo, me propongo comprimir, en unas pocas píldoras, parte del contenido de mi aportación en el SIAP.

En este seminario quiero contar que los grandes bienes que protegen y promueven las grandes ramas de la política social en los Estados de bienestar son tan relevantes y complejos que es tan cierto que debe haber una rama o pilar de la política social especializada en cada uno de ellos como que el resto de los ámbitos o sectores debe coadyuvar y colaborar también. Por eso se habla de "salud en todas las políticas", porque, aunque la salud sea la finalidad propia de la política sanitaria, también deben contribuir a ella la política educativa, la de vivienda o la de empleo, por poner tres ejemplos.

Pues bien, tal como yo lo veo, del mismo modo que la política sanitaria se ocupa de la salud y la política de vivienda se encarga del alojamiento, la política de servicios sociales se encargaría de potenciar y complementar nuestra capacidad de autocuidado y, en general, nuestra autonomía funcional y la capacidad de brindarnos cuidados y otros apoyos mediante nuestras relaciones primarias (es decir, familiares y, en general, comunitarias). Atrás debe quedar aquella concepción asistencialista de los servicios sociales que hacían un poco de todo (pero para determinados colectivos considerados

especiales) y emerge esta visión universalista, sectorial y avanzada de unos servicios sociales con objeto propio.

Si aceptamos esta propuesta, del mismo modo que los servicios sociales deben reconocer el liderazgo de la sanidad cuando se trata de salud, los servicios sanitarios deberían mirar a ver qué dicen los servicios sociales cuando se trata de autodeterminación de la gente para su vida cotidiana integrada en redes familiares y comunitarias. Del mismo modo que los trabajadores sociales no prescriben directamente la realización de determinado ejercicio físico o la ingesta de determinada pastilla, entiendo que las médicas no debieran prescribir directamente fórmulas de convivencia familiar o vías de participación comunitaria.



Dentro de ese bien para la vida de las personas que protegen y promueven, según esta mirada, los servicios sociales, los cuidados que nos proporcionamos en el seno de las relaciones familiares y comunitarias son especialmente valiosos. No queremos nombrarlos por lo que no son (y denominarlos *informales* o *no profesionales*) sino por lo que sí son. Por

eso hablamos de cuidados primarios, porque, efectivamente, cuando las personas tenemos alguna limitación funcional que disminuye nuestra capacidad de autocuidado solemos mirar, en primer lugar, a alguien con quien tengamos vínculos familiares o comunitarios (de amistad, vecindad o similares), para que nos eche una mano. Ello es así, básicamente, porque damos muchísimo valor a poder confiar profundamente en las decisiones y las formas que se adopten en el abordaje de la respuesta a necesidades personales tan íntimas y fundamentales y en las que está tan comprometida nuestra dignidad humana.

Obviamente, muy mal harían nuestra sociedad y nuestras políticas públicas si no tuvieran en cuenta que las personas que se implican en el cuidado de sus familiares o amigas con limitaciones funcionales (o de cualquier criatura, por poner otro caso de cuidado primario) requieren, a su vez, apoyos; del mismo modo que, muy frecuentemente, las mencionadas personas que reciben cuidado primario necesitan otros cuidados y

ayudas, complementarias con aquellas que les brindan sus familiares u otras personas allegadas. Para todo eso están, entendemos, los servicios sociales.

El paradigma de la atención integrada no sólo invita a la política sanitaria a una integración vertical liderada por la atención primaria sino también a una integración horizontal intersectorial, entre otros, con los servicios sociales. Posiblemente una condición de posibilidad para esta integración intersectorial sea el recíproco reconocimiento del objeto propio y el valor añadido de cada uno de los ámbitos por parte del otro

Fernando Fantova, consultor social. ampliar en fantova.net

Más información

[WEB](#) [TWITTER](#) [BLOG](#)