

Centro de salud El Valle, Jaén. 40 años desde su apertura *El Valle Health Centre, Jaén. 40 years since it opened*

Moreno corredor A

*Medicina Familiar y Comunitaria. Jubilado
Exdirector de CS Valle. Jaén. Extutor de MIR
Miembro del Grupo Seniors de la SAMFyC*

Recibido el 14-04-2026; aceptado para publicación el 15-04-2026.

Med fam Andal. 2026;1: 64-73

INTRODUCCIÓN

En primer lugar quiero agradecer a la revista Medicina de Familia Andalucía la deferencia y oportunidad ofrecida a profesionales y trabajadores que formaron y forman parte del Centro de Salud EL VALLE, que a lo largo de muchos años de trayectoria , mostraron a través de su dedicación, esfuerzo y motivación, participaron y contribuyeron en la conformación de una personalidad colectiva y modos de desempeño de sus tareas y funciones, en épocas sucesivas de intenso cambio, con numerosas expectativas pero también de fuertes incertidumbres externas y no exentas de tensiones adaptativas a nivel interno.

Mi objetivo y responsabilidad es estar a la altura y poder transmitir y recordar algunos hechos y actuaciones que describan y encuadren una serie de momentos y que además puedan aportar un valor añadido explicativo y que sirvió de retroalimentación positiva para la continuidad como equipo de trabajo.

Para tal cometido iré subdividiendo el relato en diferentes apartados para facilitar su comprensión.

CONTEXTO SOCIO SANITARIO Y POLITICO DEL MOMENTO

Es imprescindible hacer referencia a este encuadre, pues es el que condiciona actuaciones a nivel meso y micro a nivel de salud.

Tengo que recordar que lo que hoy conocemos como Atención Primaria de Salud (APS) y su ámbito de actuación era denominado “Asistencia Extrahospitalaria”, era la hermana paupérrima de la sanidad, tanto que hasta carecía de nombre propio y en dónde el sistema formativo de postgrado ya existente no la contemplaba. A nivel urbano las circunstancias se agudizaban frente a las rurales, en dónde al menos si existía una estructura y organización más reconocible.

Ante este precario sistema asistencial y desierto formativo e investigador, se imponía una necesaria y profunda y rápida (luego no fue tan rápida) reforma.

En Andalucía, ya con las transferencias sanitarias se publica el **28 de agosto de 1985 el Decreto “Sobre la Ordenación de los Servicios de Atención Primaria”**, implantando el nuevo modelo, definiendo la ZBS, DISTRITOS y EAP. Completándose en 1999 con el Mapa de Atención Primaria.

Este marco se ve reforzado con la publicación el **25 de abril de 1986** de la Ley General de Sanidad, dónde se define el Sistema Nacional de Salud y crea las bases de la Sanidad Española, definiendo la estructura en ZBS, Centro de Salud, EAP, Dispositivo de apoyo (Salud mental, fisioterapia, ...) y la creación de **“Equipos Multidisciplinarios”** con sus principios organizativos de Integralidad, Accesibilidad, etc.), siendo Ministro de Sanidad Ernest Lluch.

Quiero llamar la atención sobre las fechas de la publicación de ambas normativas y de la **apertura del Centro de Salud EL VALLE, fue un 28 de abril de 1986**, con la normativa recién salida de la imprenta.

Previa a la apertura de nuestro centro, la población (>15000 habitantes), estaba asistida por la presencia testimonial de un médico y un practicante de zona, que hacían lo que podían durante 2 horas al día, viéndose obligada la población a dispersarse en otros consultorios de la ciudad de Jaén de características funcionales similares.

MARCO TEÓRICO

En el periodo previo a la apertura del Centro de Salud, en lo que a profesionales y trabajadores se refiere, confluía no solo la intensa motivación por el desempeño del nuevo trabajo, tras nuestro periodo de formación y concurso oposición, sino también las inmensas expectativas e incertidumbres que el nuevo marco legislativo definía, se trataba de plasmar y traducir al lenguaje de la vida, de la asistencia y de la calle mucho más que un ordenamiento de un articulado, siendo este depositario y permitía el desarrollo de algo que ni el B.O.E ni el B.O.J.A recogía, y era ni más ni menos que entroncar en el Sistema de Salud el CAMBIO DE PARADIGMA EN LA ATENCIÓN, que no solo asistencia sanitaria (ya de por sí importante), y es el modelo **BIOPSIICOSOCIAL**, a nivel de la persona, su entorno más próximo (familia ...) y comunidad, metas que defi-

nen nuestra especialidad.

Este cambio debía sustanciarse en **HECHOS** (atención integral e integrada), pero para poder desarrollarla precisaba de actuaciones coordinadas, **ORGANIZACIÓN**, pasando de una actitud pasiva e individual a otra proactiva y desempeñada por un **EQUIPO MULTIPROFESIONAL** colocando al paciente, a la persona como **CENTRO DEL SISTEMA SANITARIO**.

Y por si fuera poca presión, precisaba de inicio la **DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**, así en general y con los dos primeros MIR, que se implicaron y aprendieron de forma manifiesta, cuando los tutores y residentes nos diferenciábamos muy poco en la edad.

Todas las premisas fueron asumidas por completo por nuestro equipo, con más o menos claridad, a este panorama nos asomábamos en aquellos momentos. Pensad, que en nuestra formación no fuimos tutorizados (no existían) como posteriormente y en la actualidad se entiende, había mucho autodidactismo y escasas pero importantes experiencias (personales y bibliográficas) que nos sirvieron de referencias, tales como las del Centro de Salud de Cartuja (*Granada*), más lejana como la del Centro de Salud San Bartolomé de Tirajana (*las Palmas*), entre otras.

MARCO PRÁCTICO. APERTURA

Con estas potencialidades, abrimos nuestras puertas el día **28 de abril de 1986**, precedida por una **semana de orientación al puesto de trabajo**. Aquí fue el primer paso del marco práctico, dónde 4 médicos de familia, 2 MIR de MFyC, 2 Pediatras, 5 Enfermeras, 1 Trabajadora Social, 1 Auxiliar de Enfermería, 2 auxiliares administrativos y 2 Celadores iniciamos el camino (plantilla que iría ampliándose a lo largo de los años).

Previamente se habían realizado trabajos organizativos, para los que se precisó (por muchas razones), contar con la **COMUNIDAD**, a través de sus asociaciones y por sectores y bloques adscribieron organizadamente a la población en los listados que constituirían los cuatro cupos de Medicina de Familia y dos de Pediatría más los correspondientes de Enfermería.

Estos contactos con la Comunidad también se expresaron en la organización de diversas reuniones y asambleas informativas y explicativas de lo que iba a suponer la apertura del nuevo Centro de Salud (constituyéndose el germen de lo que posteriormente sería el **CONSEJO DE SALUD DE LA Z.B.S.**).

En las reuniones con los vecinos ya empezamos a vislumbrar lo nada fácil que era transmitir determinados elementos que sostienen el nuevo modelo y por otra parte conocimos sus expectativas, parte de ellas no coincidentes e irresolubles o ajenas a nuestro nivel de atención.

Tuvimos que iniciar una delicada reconversión de ideas, no siempre exitosa, lo cierto es que nos dimos cuenta que “aquello había que trabajárselo” aumentando el grado de incertidumbre. Esta amainó cuando la población pudo acceder a las instalaciones, iniciar con la apertura de su Historia Clínica y ser atendidos de manera que hoy es norma.

Aquella semana de orientación sirvió para conocernos, organizarnos, presentación del **PLAN DE TRABAJO** y actualizarlo con mejoras. Este plan lo dividimos en dos semestres, el objetivo general era la **MEJORA ASISTENCIAL**, en primer lugar (semestre), mejoras preventivas, haciéndonos responsables del **PVA**, mejoras en la Atención al Usuario (**extracción de muestras** para laboratorio en el Centro, ...), estudio de morbilidad y epidemiología de la zona, inicio del programa materno-infantil, con

inicio del desarrollo de la educación maternal y el programa del niño sano.

En consultas de MFyC, y Pediatría (demanda y programada, en ambos casos), aumentó del tiempo de consulta, cumplimentación de historias clínicas profundizando en el conocimiento de los pacientes y una progresiva e intensa de racionalización de la prescripción farmacéutica, orientada a la desaparición de la maleficencia y de la ineficacia.

Se pusieron en marcha también las **consultas de Enfermería**, con un crecimiento progresivo una vez los pacientes se iban incluyendo en los denominados entonces programas de crónicos.

El inicio del Sistema de Registro, y su estrella la **HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA**, merece destacarse, pues era inexistente en la asistencia extrahospitalaria. Diseñamos un circuito de registro y cumplimentación de datos que facilitaba que todos los pacientes accediesen a las consultas con su carpeta (primera consulta). En consultas sucesivas, a través de los listados de citas eran distribuidas por los celadores antes del comienzo de la consulta y a media mañana, retirando las ya pasadas. También desde las consultas podían abrirse y en admisión se le asignaba los datos administrativos.

Como el lector habrá podido comprobar el formato era de papel, el sistema digital TASS y DIRAYA, tardarían todavía algún tiempo.

La **Historia Clínica**, era un elemento innovador y vertebrador de primera necesidad y magnitud en toda la reforma sanitaria, de inmejorable aceptación por parte de los pacientes y de los profesionales que provenían del anterior sistema. Aunque hoy parezca ajeno y lejano.

Desde el recuerdo destacar el mejor desempeño del personal del área de información, admisión y registro. Su participación en el diseño y elaboración fue decisiva y fuimos aprendiendo a **TRABAJAR EN EQUIPO** e ir asumiendo nuestra cuota parte.

MARCO PRÁCTICO. CONTINUACIÓN

El soporte y pivote organizativo sobre el que giraba y se desarrollaba el resto fue la **Unidad de Atención Familiar (UAF)**, compuesto por médico y enfermera, y la ampliada con la trabajadora social. Parece poco innovador y obvio, pero este modelo, frente al de la dispensarización, facilita la atención biopsicosocial e integrada, es decir, cada **UAF** atiende a todos sus pacientes en todo momento, frente a la creación de constructos (que los hubo) en los que determinados médicos y enfermeros se responsabilizaban de la atención programada a diabéticos, hipertensos, embarazo, planificación familiar...de todo el EBAP. Hay que considerar que determinados planes o servicios, en principio, y por razones estratégicas quedaron dispensarizados, tales como el PVA, extracciones, curas, aunque con el tiempo formaron parte del contenido de la consulta de enfermería individual.

Muy importante fue desde el principio, el desarrollo del **Soporte Interno**, vital en sí mismo, (pues prácticamente no disponíamos de estructura externa que dirigiera nuestros pasos) y era fundamental para la organización y evaluación, por lo que las reuniones de Equipo, Formación, fueron imprescindible para el mantenimiento de la **COHESIÓN INTERNA**.

- La localización de la **UDMFyC en el mismo Centro de Salud** facilitaba compatibilizar la actividad docente con la asistencial, así como el desarrollo de iniciativas como el estudio de morbilidad

inicial de la ZBS, fundamental para la elaboración del **Diagnóstico de Salud de la ZBS**, y ya nos fue permitiendo conocer los principales motivos de consulta, perfil de las patologías agudas y crónicas, la prevalencia del distinto calado de las alteraciones de la Salud Mental, el peso de los problemas del ámbito social.

Este conocimiento nos sirvió en cierto modo para orientar nuestras actividades asistenciales, preventivas y de promoción de la salud, y también iniciar la cultura de la **INVESTIGACIÓN, EVALUACIÓN Y CALIDAD SANITARIA**, que se iría desarrollando a lo largo de los años.

DOS CASOS QUE PUSIERON A PRUEBA EL MARCO TEÓRICO-PRÁCTICO

Además del normal desarrollo inicial, ya complejo hubo que gestionar las incidencias, quiero señalar dos de ellas, en las que la estacionalidad primaveral y la falta de control y prevención de la enfermedad se aliaron para sumarse a las no pocas “emociones” de la reciente apertura.

Por su importancia y la respuesta que generó, esta nos sirvió para aprender, ganar en confianza y darle precozmente forma a una metodología de trabajo que marcó una tendencia y manera en el **Centro de Salud EL VALLE**.

EL PRIMER CASO

Comenzó con la identificación (personal) en un aviso domiciliario, de la presencia de cinco casos de sarampión en una misma familia, constatándose en sucesivos días de estar ante la presencia de un brote con nuevos casos.

La respuesta a este hecho, además de tratar, podría haber sido la habitual, y es la notificación a la Delegación de Salud en el informe semanal de las EDO, seguir los casos

y esperar respuesta si es que la había. Este era el modo de trabajo imperante propiciado por la misma estructura sanitaria y papel y dedicación de los profesionales del modelo previo.

La respuesta fue distinta, no se hizo esperar, tras la formación de un grupo responsable formado por médico de familia, pediatra, enfermera responsable del PVA (transfiriéndose) y trabajadora social, tras los pasos arriba indicados, nos hicimos las normales preguntas del porqué la ocurrencia de estos casos y de cómo contenerlo, en el momento y en la sucesivo. Para lo cual tratamos de identificar la cobertura vacunal de los susceptibles, en general y del sarampión en particular, además de los múltiples problemas de los registros (eran centralizados, pero sobre todo la escasa eficacia del método registral) aquellos que identificamos aparecían una muy mejorable tasa de vacunación.

Diseñamos un **plan de trabajo** que incluía la mejora de la captación a través de las consultas de pediatría, niño sano, programa de embarazo, consultas de demanda en general, enfermería, identificación de grupos vulnerables (con vacunación domiciliaria en caso preciso), participación comunitaria, información en área de recepción, y por supuesto también a medio y largo plazo control en salud escolar y PVA descentralizado.

El resultado no se hizo esperar y ya en el transcurso del primer año las tasas de vacunación superaron las de inmunidad de rebaño y no volviésemos a diagnosticar ningún caso de sarampión hasta donde la memoria me llega.

Esto fue factible por la **capacidad de Planificación y Organización** de los miembros del EBAP, liderado por una responsable, es decir una **organización matricial y flexible**

del liderazgo en el trabajo.

Ayudó a definir el rol de Enfermería y la eficacia y bondad del trabajo coordinado. **Destacar** que una de las consecuencias positivas de este hecho fue la adopción por la Consejería de Salud del **SISTEMA DE REGISTRO DE VACUNADOS POR COHORTES**, y que sigue en vigor, tal como propuso nuestra responsable, y ya desde esta incidencia abandonamos el sistema anterior.

Fue un precoz y gran ejemplo que evidenciaba claramente la diferencia de la metodología del modelo ambulatorio frente al modelo de los EBAP.

- Destacar también, por su importancia, la importante tarea de **Promoción, de la Lactancia Materna** se hizo desde el área del niño sano, Pediatría, Matrona, consultas de Embarazo de MF, Educación Maternal), cuando nadie hablaba de este tema y los bebés salían de alta con la canastilla que incluía envase de leche maternizada en polvo. Era un debate que no estaba en la sociedad, y hubo que combatir falsas creencias y persuadir a madres y cuidadoras, y partiendo de tasa muy bajas, antes del segundo año de apertura del Centro de Salud, se contaba con tasas de continuidad a los seis meses del 60%. El método utilizado similar al anterior.

Pero no puedo dejar de mencionar este hecho por su enorme repercusión positiva que suponía en la salud y la economía de la población, además de servir de reconocido recuerdo a sus responsables.

EI SEGUNDO CASO

Si bien su desarrollo fue más alargado en el tiempo, pero que al carecer de ningún marco (aunque fuera débil) normativo previo como en el caso anterior (PVA, Salud

Escolar, ...) es un buen ejemplo de cómo el trabajo en equipo, planificado y organizado con un responsable en el desempeño dio unos magníficos resultados.

Se trató, en principio, del manejo del asma infantil polínico primaveral (y que se extendió al asma en general). Realmente era una cuestión que nos superada en dimensión, pero que dados los picos de demanda que generaba en todas las edades, su intensidad e incluso su gravedad constituían un problema de salud.

Además, con un centro recién abierto y el “festival polínico de mayo y junio”, la población nos tomaba, lógicamente, como punto de referencia para el tratamiento de las crisis en sus diversos grados casi obviando los servicios de urgencia, y por otra parte sentíamos, naturalmente, que había que estar a la altura.

Pero quiero que penséis que el uso de los inhaladores beta estimulantes y antiinflamatorios no existían y las cámaras de inhalación igualmente y en todo caso su uso incipiente no estaba al alcance en nuestro país. El tratamiento, en crisis, consistía fundamentalmente en teofilinas y corticosteroide inyectables, por las distintas vías según grado y aporte de oxígeno.

Pues bien, aquella situación clínico-epidemiológica hizo saltar el resorte desde el área de pediatría y de modo progresivo y paulatino se implementaron medidas correctoras a nivel local.

El primer paso fue estar situados en la vanguardia (por una serie de circunstancias) de la innovación en lo que al tratamiento con broncodilatadores y corticoides inhalados se refiere.

Pero esto no fue suficiente, se precisaba de un **uso adecuado**, para ello había que edu-

car en salud y manejo de los dispositivos, primero en consulta y posteriormente y de modo continuado en **talleres en grupo**, tanto para **niños como para padres y madres** (posteriormente se extendió a los pacientes con EPOC).

Pronto comenzamos a constatar, de modo consistente y creciente, del descenso de agudizaciones, la gravedad de estas, disminución de las visitas a urgencias y de los ingresos en hospital y mejora de la calidad de vida, como demostraban las evaluaciones anuales motivo de publicaciones relativas al caso.

Señalar que la compleja y mantenida respuesta de un grupo de trabajo da resultados, nada comparable al anterior sistema.

El nuevo paradigma y organización permitía, la innovación, la iniciativa, el desarrollo profesional y de proyectos de un modo organizado, aunando el tratamiento farmacológico preventivo, la indispensable EDUCACIÓN PARA LA SALUD, (EPS) dónde la responsabilización de paciente y la familia son parte activa del proceso, supervisado y apoyado.

La impronta de la EPS ha marcado los tiempos en toda nuestra estrategia, a lo largo de los años no solo en Grupos, en el Centro de Salud (E. Maternal, Lactancia materna Asma, Diabetes, EPOC, Deshabitación Tabáquica, Cuidadoras, ...) como a nivel Comunitario, tales como a nivel de Colegios e Institutos, desarrollado por Enfermera y Médico de Familia orientado a la adolescencia, y desempeñado por los profesionales asistenciales que como una competencia más dentro de sus cometidos.

Nada de hubiera sido factible sin un **TRABAJO COORDINADO** de los distintos profesionales, con una sólida estructura de soporte interno.

QUÉ FUIMOS ASUMIENDO Y QUÉ FUIMOS APORTANDO

En el apartado anterior he tratado de transmitir como el trabajo, el esfuerzo, la motivación y la metodología organizativa impulsó respuestas a problemas locales de salud, como se transita de un sistema sanitario pasivo a otro “inteligente” y como la oportunidad histórica facilitó el desarrollo de nuestras potencialidades.

Son muchas las actividades y tareas en un centro de salud y en nuestra larga trayectoria y por espacio es imposible resumir, pero quiero mencionar algunas de ellas que mejoraron la atención clínica y que supusieron un avance en el momento, en lo que después se conoció como parte de **GESTIÓN DE LA DEMANDA**.

Distinguimos entre consulta a demanda y programada (hoy muy denostada), se adaptaba bien al perfil de nuestras necesidades, pues la segunda nos facilitaba el profundizar en la historia clínica de los pacientes, atender y entender pacientes y (situaciones) complejos.

- Iniciamos medidas racionalizadoras como la entrega de partes de *confirmación I.T.* centralizado en la administrativa responsable, y desde este acto se anunciaba el momento de la revisión del proceso si era preciso.
- Renovación de tratamiento con el soporte documental de las C.L.T. (cartilla de largo tratamiento), donde se registraba los fármacos a renovar y en sobres individuales se hacía la entrega y recogida en recepción por parte del paciente o familiar el día señalado.
- Desarrollo del programa de crónicos (Diabetes, HTA, ...), **con responsabilidad compartida en las consultas de Enfermería**, con establecimiento del plan de cuidados, del seguimiento del

problema, EPS individual y prevención del adulto, continuidad de tratamiento colaborativo farmacológico, solicitud de analítica del protocolo correspondiente, etc.

Estas y otras medidas, motivaron un control aceptable de la consulta a demanda, ciertamente se nos achacaba durante tiempo, que” era debido al menor tamaño de nuestros cupos”, cuestión que no se justificaba en absoluto de esta manera, pues el número de pacientes asignados competía con otros dispositivos, es decir, **la demanda respondía a la diversificación de la estrategia de respuesta**.

Coincidiendo con la propia reforma de los dispositivos de *Salud Mental* y compartiendo con ellos el enfoque del paradigma biopsicosocial, no tardamos en dar forma un interesante *Programa de Coordinación* en el que se incluían, la información, la formación bidireccional y sesiones conjuntas de casos, en dónde tras el análisis se determinaba una serie de actuaciones coordinadas. Participando el médico y enfermera responsable, la trabajadora social del Centro de Salud y del Equipo de Salud Mental, psiquiatra, psicóloga enfermero de salud mental y administrativo.

En caso preciso también se incorporaba el psiquiatra de SM infantojuvenil. Este tipo de sesiones fueron mensuales y persistieron con adaptaciones a lo largo de muchos, muchos años.

Fue realmente una experiencia creativa, y enriquecedora, que facilitó sobremanera el manejo de situaciones complejas.

Otra de las consecuencias positivas fue el acercamiento y aprendizaje de la *Atención Familiar Sistémica*, herramientas en las que profundizamos y desarrollamos para

adaptarlas a nuestras propias *consultas de Medicina de Familia*, formando el *Centro de Salud EL VALLE* parte de un movimiento más amplio, junto con determinados *Centros de Salud de Madrid, y en Andalucía del Centro de Salud de Cartuja y El Palo, en Málaga*, y que dotó a la Medicina de Familia de herramientas y contenido propio de este apellido de la especialidad. Este movimiento tuvo vida propia, creándose su fundación y se incorporó durante mucho tiempo al **programa docente MIR** y fue motivo de no pocas publicaciones, ponencias y comunicaciones a congresos, en los que nuestro Centro de Salud era referente nacional junto con los arriba mencionados.

Experiencia similar, pero mucho más avanzada y limitada en el tiempo, pero no menos interesante, fue la adopción junto con el Servicio de Medicina Interna del Hospital de referencia de un programa conjunto de sesiones de interconsulta, asesoramiento y vinculación de pacientes *polipatológicos*, experiencia interesante tomada de la desarrollada en los Centros de Salud del Aljarafe.

CULTURA DE CALIDAD (CC)

Para ir finalizando, quiero destacar, dos importantes pilares de nuestro desarrollo, uno de ellos fue generar desde el principio, la CC, elemento constituyente de la Gestión Clínica.

Esto se tradujo en una serie de actuaciones en nuestro servicio, pero las herramientas principales fueron dos (no simultaneas en el tiempo):

- La primera (pasados los dos primeros años de apertura) fue la de la realización de **Auditorías de Historias Clínicas** por los propios protagonistas que las cumplimentaban, profesionales y trabajadores, revisando (según perfil) la cum-

plimentación de los ítems seleccionados.

- Estos iban desde los datos administrativos, con especial importancia a la inclusión de todos los miembros convivientes en el domicilio, del teléfono, dirección, fecha de nacimiento, antecedentes familiares, personales (presencia de alergias, diabetes, hta), fórmula obstétrica, perfil vacunación, lista de problemas, registro de TA, etc.
- Los resultados servían para arrojar información y autoevaluación, creando áreas de mejora en el registro general y en el clínico. De esta forma se visualizaba la importancia de un trabajo bien hecho.
- **La segunda herramienta** fue la creación de **GRUPOS DE CALIDAD**, estos grupos lo formaban de 3 a 5 miembros del EBAP, de distinto perfil y su cometido consistía en buscar mejoras con actuaciones a nivel interno, con posterior presentación al grupo y toma de decisiones consensuadas.
- Los grupos eran **Organización Interna, Circuito de Mantenimiento, Atención al Usuario y Grupo de Procesos Asistenciales**.

Verdaderamente este tipo de participación e implicación y representación, evaluaba y mejoraba diversas cuestiones, ayudaba a disolver bucles contribuyendo a la mejora del clima laboral.

CONSEJO DE SALUD

Mención diferenciada recordar, dentro de la **PARTICIPACIÓN COMUNITARIA**, la creación del Consejo de Salud de ZBS. Este órgano reunía a la Dirección del Centro de Salud y la Trabajadora Social con representantes de entidades docentes (colegios e institutos) asociaciones de vecinos, jubilados y otras con presencia relevante por su labor a nivel de calle, como era la Institución Salesiana.

Hasta la publicación de la normativa en este ámbito, fue una interesante (y a veces estresante) experiencia que ayudaba a tener una visión más amplia de los servicios de salud, contribuyendo a mejorar algunas cuestiones sirviendo también para facilitar la difusión y participación en programas de salud.

REFLEXIONES FINALES

En la narración de estos cuarenta años del Centro de Salud El Valle, he huido describir un relato cronográfico numérico y cuantitativo y centrarme más en los condicionantes del contexto sanitario del momento, cuando no existían los Distritos Sanitarios o estos estaban en un incipiente desarrollo, evidentemente nos dotaba de una capacidad de autonomía y acción en la toma de decisiones que nos permitió una metodología de trabajo y un desempeño innovador que junto al perfil de los componentes facilitó esta magnífica experiencia.

Experiencia que fue muy prolongada en el tiempo, y como hecho destacable decir que cuando los EBAP se fueron integrando en el proyecto de Unidades de Gestión Clínica la adaptación fue casi insensible, pues técnicamente ya lo éramos desde hacía años.

Ha pasado mucho tiempo de desarrollo de los EBAP, el sistema sanitario es mucho más complejo y se ha enriquecido con muchas aportaciones, también la APS, muchas fueron las transformaciones vividas, tales como la era digital, nuevas competencias en la CS (cirugía menor, ecografía, control anticoagulados, personalización en Enfermería, ...) en los cuales y como no podía ser de otra manera también fuimos asumiendo cuando no liderando, pero la propia evolución y solidez de la estructura organizativa (Distritos, ZBS, Dispositivos de apoyo, ...) ha ido haciendo sombra a la capacidad decisoria de los EBAP, en muchos ocasiones es posible que no sea preciso a estas alturas,

pero lo que sigue siendo necesario, cuando menos no olvidar parte de nuestro ADN, y como muestra menciono estos tres:

1. **La potencia de la UAF** como estrategia base de unidad de funcionamiento sobre el que se construye el resto del artesonado.
2. El EBAP como unidad organizativa del servicio, activa innovadora y con liderazgo proactivo y no solamente administrativo.
3. El **Médico de Familia** referente en la atención y responsabilidad de la salud del **paciente** y su entorno más cercano, y su **papel de coordinador** de esta, como el Dr. Luis de la Revilla decía: “su papel además de la atención es el croupier que reparte juego” dentro del EBAP y resto del sistema sanitario, esto no supone un menoscabo de ningún otro perfil de profesional, pero no se debe dejar en el camino el papel de armonizador y racionalizador.

Por último, recordar y agradecer a los numerosos profesionales y trabajadores que compartimos este proyecto a lo largo de muchos años, agradecer su motivación, dedicación y desempeño tanto durante el amplio periodo en los que tuve la oportunidad y suerte de ejercer el liderazgo del grupo como en el que no.

Y un recuerdo especial, también a los MIR que se formaron en EL CENTRO DE SALUD EL VALLE, y que al tener la suerte de seguirlos en su desempeño es gratificante observar su alto nivel de implicación y compromiso en las tareas asistencial, docente e investigadora, parece que además de su peculiaridad la pincelada o impronta del **CENTRO DE SALUD EL VALLE** no se pierde.



EL VALLE
(JAÉN)
40 años