

ATENCIÓN PRIMARIA

La Atención Primaria Pública en crisis por las políticas para combatir el COVID-19

FADSP

Las políticas neoliberales de los gobiernos del Partido Popular destinadas a afrontar la crisis del 2008 introdujeron importantes recortes de personal y de presupuestos en Atención Primaria (AP). Si a esto añadimos el déficit de equipamiento, la limitación de acceso a pruebas diagnósticas, la presión burocrática, un deficiente dimensionamiento de los equipos que hace que buena parte de la demanda acabe desbordando las consultas médicas, el abandono del modelo de Salud Comunitario y la

La población necesita tener esperanza frente a tanto desastre, temor y sufrimiento

marginación de las actividades de promoción, prevención y rehabilitación, se configura una situación más que preocupante. Se suma una política laboral, basada en la precariedad y la inestabilidad, que genera una gran frustración y malestar en el personal de los centros.

La AP, que debería ser la puerta de entrada al sistema y responsabilizarse de gestionar los procesos asistenciales, está supeditada a unas gerencias deudoras de las necesidades hospitalarias y de las jefaturas de servicio de los hospitales, y carece de autonomía real para planificar y gestionar sus propios recursos. Tampoco tiene responsabilidad en la asistencia sanitaria de las personas que viven en las residencias de mayores, las cuales precisan de mayor atención por padecer más enfer-

medades crónicas y degenerativas que el resto de la población.

Papel de la AP durante la crisis

Al inicio de la pandemia, cuando la demanda asistencial de las personas infectadas desbordó las camas hospitalarias (que además de ser de las más bajas de Europa por mil habitantes sufrieron un importante recorte en la crisis), la AP demostró las ventajas de disponer de nivel asistencial próximo y conocedor del historial de la población, imprescindible para identificar las condiciones de salud de personas, familias y comunidades. Gracias a esto el nivel primario pudo tratar en sus domicilios a los infectados sin gravedad, reducir la presión sobre las camas hospitalarias, atender a contagiados y enfermos con otras patologías y resolver las dudas, las incertidumbres y los temores de la población.

Esta situación abrió la esperanza de que el esfuerzo para restablecer la normalidad del sistema de salud impulsaría la reforma y la mejora de la AP.

Sin embargo la realidad ha sido bien distinta, porque las administraciones asignaron a la AP el papel secundario de contener la presión asistencial, colaborar con los rastreadores en la identificación de contactos de los infectados sin apenas recursos o preparación, y asumir la gran cantidad de funciones administrativas y burocráticas derivadas de la epidemia (como extender bajas laborales, realizar informes para las empresas, recibir llamadas telefónicas, etc.). Con la justificación de evitar contagios en los Centros de Salud, las consultas



presenciales se han transformado en telefónicas y se han cerrado centros (en algunas CCAA se ha utilizado al personal sanitario de estos centros en funciones de apoyo a los hospitales o se han hecho desaparecer los cupos con grave perjuicio para la continuidad asistencial).

La frustración y el malestar por no poder contactar con los Centros de Salud, las esperas de días o semanas para hablar por teléfono con sus médicos/as y enfermeros/as, las colas en la calle para acceder a los Centros (sumadas a las listas de espera disparadas por la parálisis de los hospitales), así como la protocolización de todas las actuaciones con normas centralizadas que cambiaban cada semana, el secretismo, la falta de transparencia y la falta de un liderazgo claro en el momento que más se necesita está deteriorando la imagen de la AP y generando una situación de malestar con el personal sanitario, que no es responsable de esta situación.

Esta forma de trabajar es incompatible con los atributos esenciales de la AP: Accesibilidad y primer contacto de la población con el sistema, fácil acceso al sistema sanitario; relación personal y continua entre el médico/a y paciente; integralidad de las actuaciones para solucionar las necesidades de salud más frecuentes de la comunidad; y coordinación entre AP y los demás niveles del sistema y agentes de salud.

Desgraciadamente muchos trabajadores/as de la AP han adoptado una actitud defensiva frente a las demandas de la población. En los Centros de Salud cunde la frustración, el desánimo y la irritación al prolongarse durante tanto tiempo esta situación que, sin embargo, no se traduce en la denuncia de la falta de recursos y de la mala gestión por las administraciones.

Hasta ahora la población está aturdida y paralizada por tantas malas noticias y tanta presión, aunque empiezan a detectarse señales de rebelión que podrían acabar en un estallido social de consecuencias políticas y sociales incalculables.

Si la política sanitaria no cambia y si las administraciones no salen de la burbuja epidemiológica y de restricciones en las que están sumidas, el deterioro del sistema público, especialmente el nivel primario, puede llegar a ser irreversible.

La privatización avanza a pasos agigantados, dadas las dificultades de acceso a los Centros de Salud, así como avanzan las cancelaciones de citas, de consultas, de pruebas diagnósticas y de cirugías en los hospitales. Una parte de la población está empezando a recurrir al sector privado en demanda de la atención que le dificulta o niega el sistema público. Curiosamente las restricciones presenciales no se dan en la

privada que empieza a ofertar seguros basura a 15 euros al mes.

Es necesaria una reacción frente a tanto desastre

Los medios de comunicación destinan buena parte de sus espacios a informar sobre los nuevos contagiados, hospitalizados o muertos, publicando todo tipo de noticias contradictorias y a veces falsas sobre la epidemia y como se afronta en las CCAA, el Estado y el mundo. Por su parte las autoridades sanitarias están centradas en adoptar medidas cada vez más duras basadas en el confinamiento, amenazando con la prolongación de la epidemia cada vez más tiempo y culpabilizando de la situación a diferentes grupos sociales, aunque mucha gente está empezando a desconectar de esta información por hastío y cansancio.

La población necesita tener esperanza frente a tanto desastre, temor y sufrimiento. Se ha politizado la respuesta y los países y CCAA se han embarcado en una carrera por ver quien adopta el confinamiento y las medidas coercitivas más duras. Mientras la información se centra en el crecimiento exponencial de los contagios, no se habla de que la mortalidad se ha contenido gracias entre otras cosas a las medidas adoptadas. Aunque desde AP se ven las cosas de distinta manera, con menos alarmismo, una vez más la AP no es el referente intelectual, profesional e informativo en temas de salud. Los medios de comunicación muy pocas veces recurren al médico de familia para conocer su opinión.

Es urgente acabar con el cierre de la AP, volver a las consultas presenciales y dejar las telefónicas y telemáticas para actividades complementarias; incrementar el número de centros, ampliar sus espacios, reforzar las plantillas y concederles más medios diagnósticos y más autonomía organizativa. La población necesita el contacto y una relación estrecha y continuada con los trabajadores de sus Centros de Salud.

No podemos dejar agonizar a una AP que debería liderar la recuperación del sistema. Para ello es necesario articular una alianza social y sanitaria para obligar a las administraciones a cambiar su política basada solo en las restricciones, aunque sin abandonar las medidas

basadas en la evidencia, que eviten los contagios y la extensión de la epidemia. Una vez más se echa en falta una respuesta unitaria y contundente por parte del colectivo profesional, especialmente del médico.

Solo desde el modelo de Salud Comunitaria con una gran implicación activa y consciente de la población y de sus organizaciones será posible acabar con la epidemia.

Propuestas para combatir la epidemia y recuperar el sistema sanitario público

1. RECUPERAR LA ACTIVIDAD DEL SISTEMA (CON LAS DEBIDAS MEDIDAS DE SEGURIDAD MIENTRAS DURE LA EPIDEMIA)

- ▶ Reabrir todos los Centros de Salud.
- ▶ Recuperar las consultas presenciales como actividad prioritaria y esencial en la relación médico/paciente. Mantener las consultas telefónicas o telemáticas pero dándoles un carácter complementario repensando su contenido y con recursos suficientes.
- ▶ Paralelamente, reanudar las actividades de los centros hospitalarios: Consultas, pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas estableciendo una comunicación fluida con AP
- ▶ Incrementar las plazas de personal administrativo, las líneas telefónicas, las centralitas de llamadas y los recursos telemáticos, para acabar con las trabas y dificultades actuales que sufre la población para contactar con los centros.
- ▶ Mejorar la formación del personal administrativo para optimizar los procedimientos de cita .

2. POTENCIAR EL CARÁCTER INTEGRAL DEL SISTEMA QUE PASA POR RECUPERAR LA IMAGEN SOCIAL Y EL PROTAGONISMO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

- ▶ La AP es esencial para garantizar una atención integral de salud potenciando las actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- ▶ La mortalidad por COVID esta directamente asociada a factores de riesgo como la

obesidad, enfermedades respiratorias crónicas, cardiopatías, cáncer, consecuencias de la mala alimentación, el sedentarismo, el tabaquismo, el abuso del alcohol, el hacinamiento o la contaminación medioambiental, etc. El papel de la AP es fundamental para intervenir, junto con los recursos de la comunidad y las administraciones locales, sobre estos determinantes de la salud.

3. INTEGRAR Y COORDINAR LAS ACTIVIDADES DE LOS RECURSOS RELACIONADOS CON LA SALUD

Es urgente acabar con el cierre de la AP, volver a las consultas presenciales

▶ Desarrollar las Áreas Sanitarias como espacios para la coordinación y gestión participativa de los Servicios de AP, Hospitalarios, Salud Pública y Sociosanitarios, con la implicación activa de Ayuntamientos y otros recursos territoriales. La epidemia COVID, como el resto de los problemas de salud, tiene múltiples determinantes sanitarios, sociales, medioambientales y económicos cuyo abordaje exige una intervención integral e integrada de todos estos recursos.

▶ Implicar activamente a los ayuntamientos en las actividades de salud para facilitar que las áreas de salud puedan disponer de recursos para combatir los determinantes de la pandemia y del resto de problemas de salud (trabajo social, información y educación, medio ambiente, vigilancia alimentaria, combatir el tabaquismo, facilitar la actividad física, etc.).

▶ Dar participación a la población para implicarla en las estrategias de salud, imprescindibles para combatir esta epidemia.

▶ Incrementar los recursos de Salud Pública a nivel estatal, autonómico y de las áreas sanitarias y reforzar su coordinación con AP.

4. REFORZAR LA ATENCIÓN PRIMARIA

▶ Acabar con el sometimiento de la AP a la hospitalaria, incrementando su capacidad de planificación y gestión, dentro de las áreas de salud.

▶ Responsabilizar a los Centros de Salud de los procesos asistenciales y del control de pacientes a lo largo del sistema.

▶ Incrementar el presupuesto de AP hasta el 25% del total sanitario.

▶ Incrementar la oferta de servicios de AP con la incorporación de nuevos profesionales (matronas donde no las haya con unidades de salud de la mujer, fisioterapeutas con unidades de rehabilitación, psicólogos clínicos con unidades de salud mental comunitaria).

▶ Restituir los recortes e incrementar las plantillas de los Centros de Salud, redimensionando los equipos con diferentes categorías profesionales, delimitando sus roles y funciones e incrementado su cohesión para acabar con la medicalización de la AP, satisfacer las necesidades y demandas de atención de salud la población y acabar con la pandemia.

▶ Crear nuevos Centros de Salud y ampliar los actualmente existentes (en este momento con medidas provisionales aprovechando los recursos locales), para evitar la masificación de las salas de espera y las consultas, evitando que la población tenga que hacer colas fuera de los centros.

▶ Reducir la burocracia que recae en gran parte sobre el personal médico (supone alrededor del 30% de su actividad) restándole tiempo para otras actividades asistenciales. La provisión y control de bajas laborales de contagiados y contactos o la emisión de certificaciones; la atención telefónica, las visitas domiciliarias de posibles afectados, la detección de contactos, la realización de pruebas PCR, están suponiendo una carga de trabajo importante para los trabajadores de AP.

▶ Facilitar la asistencia sanitaria en las Residencias de Mayores por los Centros de Salud (reforzados con nuevo personal), que han concentrado el 70% de la mortalidad (representa el principal riesgo para la salud de la población) por lo que deberían priorizar en las mismas las actuaciones preventivas y asistenciales.

▶ Dotar al nivel primario de nuevas responsabilidades y funciones para hacer frente a nuevas pandemias como la vigilancia epidemiológica, la detección y seguimiento

de nuevos casos y contactos y la mejora e integración de mecanismos de información.

Para poder desarrollare estas funciones es absolutamente necesario incrementar las plantillas, poner en marcha un plan de formación y capacitación del personal y una nueva política de personal incentivadora que acabe con la provisionalidad, la precariedad y la ausencia de incentivos.

Desde AP debemos aunar esfuerzos para minimizar los efectos perjudiciales de la pandemia: evitar fallecidos por todas las causas, hospitalizados, ingresos en UCI, evitar que crezca la desigualdad, mantener la estructura social, etc...; al fin y al cabo los objetivos de siempre de la AP, con y sin pandemia. Porque nos jugamos nuestra credibilidad en cada una de nuestras acciones, es esencial recuperar la relación directa con los pacientes, ser rigurosos en la aplicación de las medidas, transparentes con la información y perseverantes en la pedagogía, porque de no ser así la falta de confianza de la sociedad se puede generalizar añadiendo una catástrofe más: el descrédito de la Atención Primaria.

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

2 de Noviembre de 2020



salud2000

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS

DOMICILIO

LOCALIDAD CP

TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

PROFESIÓN/CATEGORÍA DNI

CENTRO DE TRABAJO TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

Precio: 50€ anuales.

BANCO/CAJA OFICINA

CUENTA

DOMICILIO LOCALIDAD CP

Autorizo el pago anual de los recibos presentados por la revista salud2000

Fecha: Firma

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid (www.fadsp.org) Tel.: 91 333 90 87. Fax 91 437 75 06 (ver direcciones en pág. 31)