

FADSP:

Resumen de la jornada sobre Atención Primaria

La jornada de debate celebrada en Madrid el 4 de octubre de 2008, comenzó por analizar el efecto de la crisis en los servicios públicos. Los sistemas sanitarios públicos se ven afectados por situaciones de crisis generalizada como la que vivimos en la actualidad; las medidas restrictivas del gasto público, el aumento de los Presupuestos Generales del Estado (2,8%) por debajo de la inflación (¿4%?), así como la menor recaudación por impuestos indirectos debido a la disminución de la capacidad de gasto de los ciudadanos, repercuten de forma negativa sobre la financiación de los mismos.

La sostenibilidad del sistema puede estar en peligro cuando a esta situación sumamos el aumento de la demanda generado por la propia crisis, tanto de protección social (desempleo) como de prestaciones sociales (sanidad, educación, etc.).

Esta situación va a repercutir de diversas formas: sobre las infraestructuras, favoreciendo las nuevas fórmulas de construcción y sirviendo de excusa para la privatización. Sobre los profesionales, con la contracción del empleo y con el empeoramiento de las condiciones generales del mismo, y, como consecuencia de todo ello, con una disminución de las prestaciones del sistema, bien directamente o de forma disuasoria con un aumento de las listas de espera, y con el peligro añadido de la introducción de fórmulas de copago.

Las alternativas en esta situación pasan por reforzar la aportación del Estado financiando el sistema sanitario por impuestos directos, y tiene que tener carácter finalista, con una distribución que permita la cohesión del sistema basándose en un plan integrado de salud.

Fórmulas añadidas de control del gasto farmacéutico, racionalización del uso de la tecnología, búsqueda de nuevas fórmulas de financiación pública de las infraestructuras (creación de una empresa pública para la construcción que no contabiliza en los presupuestos de Maastricht), acabar con los regímenes excepcionales (colaboradoras, MUFACE, etc.) y eliminar las desgravaciones por seguros sanitarios serían algunas de las medidas que ayudarían a sostener el sistema.

Desde la FADSP somos conscientes de la dificultad para la consecución de estos objetivos en una situación como la actual de falta de alternativas políticas, con ausencia de oposición a la izquierda del PSOE, con la ambigüedad sindical existente y con la escasa presencia de organizaciones sociales, lo que está favoreciendo el aumento de grupos corporativos de ideología mercantilista.

Las alternativas pasan por establecer alianzas estratégicas profesionales, sociales y sindicales, evitando la marginalidad e intentando acciones que vertebran mayorías sociales, y en un reforzamiento organizativo de la FADSP que le permita vertebrar el movimiento antiprivatizador.

Se hizo mención a uno de los éxitos conseguidos, como es el reintegro al sistema público de las fundaciones sanitarias en Galicia y de la empresa pública Medtec, con la participación muy activa de la FADSP, porque son el ejemplo de la reversibilidad de las privatizaciones si existe una política coherente y una amplia mayoría social y profesional que lo propugnan.

En este marco general del Sistema Sanitario Público se analiza la situación de la Atención Primaria (AP), destacando como esencial el impulso que vivió en la década de 1980, que mejoró la equidad horizontal, así como la accesibilidad al sistema de personas con bajos niveles de renta y de información. La universalización de la asistencia, la diseminación de los centros de salud y la gratuidad en el momento del uso permiten hacer un balance claramente positivo de los resultados alcanzados tanto en indicadores de salud como en calidad de vida para la población española. Así mismo destacan los elevados niveles de satisfacción de los ciudadanos y el bajo coste de los servicios de AP en el sistema sanitario general.

Se definieron como los elementos esenciales de la AP sus características de accesibilidad sin ningún límite, la longitudinalidad, que estabiliza la relación médico-paciente, la continuidad y la integralidad, basadas en la existencia de registros, y su papel de puerta de entrada en el sistema sanitario; a estas características se añaden la polivalencia de sus profesionales, el hábil manejo de la incertidumbre que éstos tienen y su capacidad anticipatoria. Otras características reseñables son el alto poder resolutivo (+90%), a pesar de la escasez de medios técnicos, y las ventajas administrativas que representa con respecto a la heterogeneidad previa.

Sin embargo, la AP no goza del merecido reconocimiento social, por el escaso prestigio de sus profesionales, la falta de reconocimiento social en los medios que conforman la opinión pública y por sus organizaciones profesionales atomizadas, así como por la desafección de las clases dirigentes, políticos, funcionarios y clases medias urbanas en general.

Una subfinanciación en aumento, así como el incremento de la población y el envejecimiento de la misma, con aumento de las enfermedades crónicas, tienen como consecuencia una gran presión asistencial, mayor número de consultas/día y listas de espera, disminuyendo la calidad de la atención al paciente.

Los problemas de organización de los equipos de AP, con la excesiva burocratización de los mismos, la indefinición de las funciones, la rigidez de las agendas y el abandono de las actividades no asistenciales, son otras de las características negativas.

Por último, la pérdida del carácter épico que caracterizó a la AP en los primeros años de su puesta en marcha, motiva una crisis ética en la que están inmersos los profesionales de la AP, y es otro de los motivos fundamentales que dificultan la toma de decisión para valorar si se precisan reformas y cuáles tienen que ser éstas.

Los profesionales, presionados por la [sigue en página siguiente >](#)



> *viene de página anterior.* elevada demanda y la escasez de medios que propicia el abandono del planteamiento inicial de la AP, se ven obligados a realizar una medicina meramente asistencial, abandonando el papel de promoción de la salud y, en el caso de la enfermería, su papel de ayuda en el enfrentamiento del proceso salud-enfermedad.

Para la enfermería el desarrollo de la AP, a partir de Alma-Ata, supuso un reconocimiento de su papel fundamental colocándola en el núcleo de la atención primaria, y reconociéndole posteriormente como el motor del cambio (OMS en su documento Salud 2000). Se reconoce la función de la enfermería que, con independencia de otras profesiones sanitarias, se enfoca hacia el cuidado del enfermo y de su familia, influyendo tanto en éste como en su entorno, consiguiendo una mayor autonomía de los pacientes.

Sin embargo, no se ha trabajado con suficiente intensidad en la promoción de estas funciones de la enfermería, y como resultado son poco conocidas por los pacientes y no están suficientemente reguladas desde la Administración, con la falta de reconocimiento que esto conlleva, al no estar desarrollados los mecanismos de evaluación de las tareas que éstas pueden y deben desarrollar, con el riesgo de la invisibilidad del rol de las mismas tanto para la ciudadanía como para la Administración e incluso para el propio colectivo.

Pero estos planteamientos de defensa de la salud integral se están cuestionando cuando se habla de crisis del modelo de AP. La demanda de la ciudadanía, influida por los medios de comunicación, es de una pronta respuesta, una creciente demanda de medicalización y un rechazo al dolor y esto frente a una Administración neoliberal que limita los presupuestos cada vez más, y que, apoyándose en el determinismo de la tecnología, potencia el hospitalocentrismo.

La situación es más preocupante si consideramos las distintas comunidades autónomas, y las diferencias entre ellas tanto de financiación como de organización del sistema, de cartera de servicios en procesos tecnológicos y terapéuticos, así como del acceso a pruebas diagnósticas, en definitiva de la prioridad política que tiene la sanidad para cada una de ellas.

La vuelta a los valores y a las fortalezas de la AP mejorando las formas organizativas en el trabajo, devolviendo la AP al eje del sistema, como garantía de la eficiencia y de la integralidad del proceso asistencial, sería el objeto de la reforma que parece necesaria. La búsqueda del liderazgo social, restando fuerza a la hegemonía del hospital, incrementando la cartera de servicios y mejorando la calidad del proceso asistencial en primaria es el objetivo por el que luchan diversos grupos.

La Plataforma 10 Minutos es un buen ejemplo de ello, con organización en el marco autonómico, que integra todas las organizaciones implicadas en el proceso como forma de legitimar los acuerdos, y que ha conseguido movilizaciones profesionales y ciudadanas que llevaron al desarrollo del plan AP 21, sirviendo de contrapeso a medidas neoliberales (acuerdos de Buitrago).

Las diferencias autonómicas se ponen de manifiesto cuando, junto con propuestas de corte neoliberal con medidas que tienden a la privatización en comunidades como Madrid o Valencia, en Galicia se trabaja en un plan de mejora de la AP a partir de la Plataforma 10 Minutos integrada por diversas fuerzas políticas y sociales (CCOO, UGT, CIG, FADSP, AGMFyC) y con condiciones como que los acuerdos se adopten por consenso, las medidas acordadas tengan que acompañarse de memoria económica y de los cambios legislativos necesarios, con un calendario de desarrollo, con el compromiso rubricado de la máxima autoridad política y con una comisión de seguimiento con calendario de reuniones.

El proceso se está llevando a cabo con la formación de tres grupos de trabajo apoyados por la Administración y que están abordando campos tan diversos como la elaboración de un documento de consenso admitido por la Administración y firmado por el presidente, que aporta mejoras en recursos humanos definiendo los criterios de reparto y detectando los puntos negros existentes; en calidad definiendo el catálogo de pruebas y los equipamientos de los centros, mejorando la relación AP-especializada, informatizando la red y elaborando medidas de evaluación de la actividad en cantidad y en calidad.

Otras de las medidas elaboradas tendentes a desburocratizar el sistema son modificaciones en la elaboración de las historias clínicas, certificados, tramitaciones de IT, grupos de trabajo que elaboran protocolos que limiten las peticiones de pruebas complementarias y un plan de tecnología para equipamientos y/o planes funcionales.

Siendo conscientes de que existen obstáculos para llevar a buen fin este proceso, como el malestar profesional así como la desconfianza, la desmotivación o la rivalidad entre organizaciones, que existen amenazas como la contraofensiva del hospitalocentrismo, la reducción del gasto o el neoliberalismo dominante, que no se puede dejar ningún campo descubierto (guardias, burocracia), y que es importante establecer alianzas con todos los agentes sociales para ganar en correlación de fuerzas.

La jornada se cerró haciendo un llamamiento para reforzar el planteamiento ideológico volviendo al discurso comunitario, alertando sobre los peligros de la salida de las clases medias del sistema público, lo que nos conduciría a un sistema de beneficencia. Así mismo se insistió en la necesidad de reformas en la Administración que permitan un mayor aprovechamiento de los recursos, huyendo del corporativismo que sólo favorece situaciones de ineficiencia y en modificar los procedimientos de participación ciudadana. ●