

ATENCIÓN PRIMARIA

La situación es tan mala o peor que en el resto del Estado Español

No son buenos tiempos para la sanidad pública. En Canarias según los últimos informes de la FADSP. La Atención Primaria es la principal damnificada. La situación es diferente según la isla en la que nos encontremos (8 islas pobladas, 7 áreas de salud y siete gerencias diferentes, específicas de primaria o que comparten gestión con la atención especializada, en función de la población), pero todos compartimos un alto grado de la insatisfacción, por el deterioro que se ha venido produciendo.

Jorge Bethencourt

La insularidad marca (doble insularidad de las islas periféricas con respecto a las capitalinas), pero también el importante peso de los centros concertados, el uso de lo público desde las consultas privadas, la inexistencia de hospitales comarcales y las características de los hospitales de referencia, que condiciona el trabajo de los EAP por el abordaje de las urgencias, por la prescripción farmacéutica, por la diferente o inexistente coordinación entre niveles o el acceso a pruebas complementarias, existiendo en una misma isla-área de salud diferencias sustanciales que rompen la equidad en el acceso y la homogeneidad de la cartera de servicios.

Compartimos plantillas deficitarias con alto grado de eventualidad, la casi nula sustitución de las ausencias (enfermedad, vacaciones...), y dificultades para cubrir vacantes en las zonas más alejadas o en determinadas islas. Muchas de las plazas de pediatría están cubiertas por médicos de familia por falta de especialistas.

La lejanía condiciona la formación y

los servicios que se ofrecen, y la libertad para decidir.

La mala salud de la A.P. y la insatisfacción de los profesionales ha sido objeto de múltiples estudios y publicaciones en los últimos años.

Se han elaborado propuestas como las de la estrategia AP 21 o las de la FADSP, que son teóricamente aceptadas por un amplio número de profesionales, que nos instalamos en el victimismo y en el conformismo, con lo que la situación no mejora. Al contrario empeora paulatinamente.

Plan Estratégico

En Canarias se elaboró un Plan Estratégico de Atención Primaria, participa-

“Hay que incentivar a los profesionales que trabajan en las islas periféricas para que garanticen la continuidad y la calidad del servicio”

tivo. Se presentó hace casi 10 años y generó muchas expectativas. Parecía el inicio de una nueva época, pues recogía los principios que pueden sustentar la Atención Primaria que queremos, acentuando la promoción de la salud como un eje fundamental, el reconocimiento de los profesionales como principales protagonistas en la mejora del sistema sanitario y la imprescindible participación de la ciudadanía. Con estrategias concretas, en el área de la participación, de promoción de la salud y prevención, de coordinación entre niveles y accesibilidad, continuidad de la asistencia, resolutivez, calidad y mejora de la eficiencia, uso racional del medicamento, formación y desarrollo de sistemas de información y política de recursos humanos. Reforzando el papel de la enfermería que parece que no acaba de encajar.

Pero **a la falta de voluntad política se sumó la llegada de la “crisis”**, agravando lo anterior, y nos encontramos con un presupuesto más insuficiente, con unos gestores, más preocupados en conservar su parcela de poder que en gestionar eficazmente los recursos disponibles (En Canarias los equilibrios en el reparto del poder entre los territorios y los partidos que gobiernan, pues no hay mayorías suficientes, condicionan mucho la gestión), sin un Plan de Salud (el que está vigente es el 2004-2008), sin criterios de actuación homogéneos en las diferentes áreas, con un déficit alarmante de recursos humanos, sobre todo de enfermería, y con unas insoportables listas de espera. Esto en una comuni-



dad pobre, con altos índices de paro, con salarios y pensiones bajos, conforma una realidad preocupante. Aunque estamos en la media del gasto sanitario per capita nuestras necesidades son mayores.

Sociedades científicas y sindicatos invisibles

Nos hemos visto huérfanos de liderazgo, pues las sociedades científicas de primaria y los sindicatos se han hecho invisibles por muchas razones, entre ellas porque algunos dirigentes de las sociedades nutren a los equipos directivos, que parecen vivir una realidad distinta a la del resto de profesionales. Faltan agitadores en atención primaria.

Esperamos recetas mágicas que vengan de arriba. Verbalizamos nuestro malestar por las cargas asistenciales crecientes y el exceso de burocracia raramente derivada de nuestra actividad, pero no usamos “nuestra antigüedad y saber” para ir en otra dirección.

Hay iniciativas y EAP, los menos, que funcionan, lo que en parte corrobora esta afirmación.

Población insatisfecha

Los últimos barómetros sanitarios y la encuesta europea de salud indican un alto grado de insatisfacción en la población. Esto, sin embargo, contrasta con las pocas quejas recibidas.

No se han puesto en funcionamiento los consejos de salud, que aunque consultivos podrían servir para denunciar deficiencias, manifestar inquietudes y proponer soluciones.

Punto débil: el funcionariado

El funcionariado, que tiene un importante peso en esta comunidad. Muchos conforman una “clase media progresista”, que en general elige seguros privados para ser atendida, sin reflexionar que esa elección debilita lo público.

Tenemos que empezar desde la base, con una vocación comunitaria, buscando la complicidad de la ciudadanía, huyendo de visiones individualizadas, abordando los factores sociales y culturales que determinan nuestra salud, creando redes que defiendan lo público y que se convenzan de que la A.P. es realmente la base del sistema sanitario, desmontando la propaganda ideológica de que lo público es ineficiente, creando líderes, y desde aquí exigir que los órganos de participación sean democráticos, con los cambios legislativos que se precisen, y que tomen las decisiones sobre necesidades en salud y asistencia sanitaria, siempre con gestión y recursos públicos, propiciando la disminución de las desigualdades sociales.

Puntos a seguir para dar el prestigio social a la atención primaria que se merece

Hemos presentado en el parlamento canario una ILP que recoge, entre otros, los siguientes puntos:

- Exigir una financiación suficiente y finalista, adecuar los cupos médicos y mejorar las plantillas, sobre todo de enfermería, garantizar la formación para estos fines y promover la investigación en los EAP.
- Reclamar competencias en salud laboral, en control de IT, en atención a drogodependencias.
- Minimizar actos administrativos y la burocracia. No podemos ser notarios e informar de todo lo que pasa a nuestro alrededor.
- Elaborar estrategias que hagan frente a la medicalización de la vida cotidiana, con una formación independiente y enfoque biopsicosocial, contrarrestando y reorientando el papel de los medios de comunicación, que aquí son muy utilizados por el sector privado.
- Dirigir nuestra atención a la población realmente enferma, que pisa más las salas de espera de los servicios sociales y de las ONGs que las de los centros de salud, pues nos sentimos más cómodos en la atención a la población sana, con programas, que en muchos casos hay que reelaborar.
- Dar margen para que los EAP tengan autonomía.
- Aumentar la capacidad resolutoria con libre acceso a pruebas complementarias.
- Integrar de forma adecuada a la enfermería, definiendo su papel, sus funciones y desarrollando la prescripción.
- Incentivar a los profesionales que trabajan en las islas periféricas para que garanticen la continuidad y la calidad del servicio.
- Garantizar la adecuada coordinación con la red sociosanitaria.

Ahora necesitamos organizarnos y empujar para convertirla, en esta legislatura, en la Ley de Sanidad que Canarias necesita, sin olvidar que es urgente tener un Plan de Salud en cuya elaboración participemos todos los sectores: políticos, sindicales, sociales y profesionales.



Hemos avanzado en los sistemas de información, y hemos sido pioneros en el establecimiento de la Receta Electrónica, que ya compartimos con la atención especializada. Sin embargo corremos el riesgo de convertir el principal instrumento de trabajo de antaño, el bolígrafo, por el ratón y teclado. Pantalla que hace de cortina entre nosotros y el paciente. Estamos más preocupados en multi-registrar y buscar el diagnóstico, para alcanzar los objetivos, que en mantener una comunicación adecuada.

Avances

Se ha avanzado en modelos de informe de salud para diferentes necesidades.

Se han puesto en marcha en algún área de salud las interconsultas “virtuales”, que tienen un aspecto positivo, pues permiten una comunicación fluida con el especialista, pero otros negativos, pues en algunas especialidades hay lista de espera para responder. Cuando uno de los objetivos era mitigar las listas de espera, con lo que supone de peligro para el usuario, pues se cortan otras vías de comunicación que limitan el acceso del paciente a los centros de especialidades, dejando solo abierta la de las urgencias hospitalarias, donde no siempre está el especialista presente. Además, en ocasiones se nos trata como ayudantes del especialista y no como profesionales que formamos parte de un mismo equipo, con responsabilidades compartidas y con unos mismos objetivos. Aún no se han evaluado los resultados.

En muchos centros de salud dedicamos 10 minutos de consulta al paciente, aunque esto suponga aumentar el tiempo total de consulta, para garantizar un mínimo de consultas por día, en detrimento de otras actividades.

La situación no es buena y hay mucho camino por andar para convertir a la Atención Primaria en el eje de nuestro sistema sanitario. ◆

Ayuntamientos,

¡POR EL CAMBIO

EN LA SANIDAD!

José J. O'Shanahan Juan

Responsable de la Cátedra UNITWIN-UNESCO de Investigación Planificación y Desarrollo de Sistemas Locales de Salud de la ULPGC. Ex Presidente de la International Association of Health Policy

El momento en que se institucionaliza la Reforma Sanitaria en España podría fijarse en la aprobación de la Ley General de Sanidad en el año 1986, por la cual a los Ayuntamientos y Cabildos se les libera de su obligación a la asistencia sanitaria de la población pobre sin derecho a la seguridad social. Estas personas eran atendidas a través de los

hospitales insulares y psiquiátricos así como por los sanitarios locales que como inspectores y funcionarios de la sanidad local municipal, dependían funcionalmente de los Alcaldes.

A cambio de eximirles de dicha competencia técnico-asistencial, y que suponía una enorme carga para las arcas de estas instituciones, se establece su participación en la planificación y gestión de los recursos sanitarios públicos de salud, en nuestro caso del Servicio Canario de la Salud, a través de los Consejos de Dirección y de Salud de las Áreas de Salud, de ámbito insular, así como de los Consejos de Salud de Zona Básica en el nivel municipal.

BUENA PARTE DEL CAMINO YA ESTÁ HECHO EN EL PROYECTO DEL III PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2015-2017

Consejos de dirección

Los Consejos de Dirección constituyen una especie de consejo de administración del sistema público de salud en la isla, con un nivel de participación en la toma de decisiones muy importante y poco conocido. La representación de las corporaciones locales es casi paritaria con el número de vocales del Servicio Canario de la Salud¹.

¹ La participación comunitaria en el Servicio Canario de la Salud. http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3df69e01-358d-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia8_ParticipacionComunitariaEnElSCS4.pdf.