



EL DESPERTAR DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD AHORA TODO VUELVE A EMPEZAR

El viernes (no el jueves, a pesar de muchas informaciones interesadas) se acabó la huelga de los equipos de atención primaria (EAP), de la cual nos hicimos eco en una reciente entrada.

Una vez finalizada, sería bueno hacer un primer balance (el paso del tiempo y los hechos que se produzcan acabarán de darnos las claves de su importancia).

El malestar viene de lejos y ya hacía tiempo que se ponía de manifiesto. La huelga era necesaria y previsible. Las carencias y el desprecio hacia la atención primaria de salud (APS) han sido tan graves que todo lo se consiga a partir de esta semana parecerá poco.

Sin ningún tipo de duda la semana ha sido muy positiva para la atención primaria del país. Más allá de las posibles mejoras conseguidas, hay que poner en valor el mismo movimiento participativo que ha generado y los notables impactos en prensa y en las redes sociales. Este es un intangible de valor incalculable. Entre todas hemos empezado a dejar de actuar como cenicientas del sistema sanitario, a poner de manifiesto nuestra desconfianza hacia los gestores que nos han maltratado, y a explicitar claramente que todas tenemos motivos para decir basta. Hemos salido a la calle, nos hemos manifestado, hemos hablado con los ciudadanos (a los que hay que agradecer su comprensión y apoyo, hemos gritado y hemos cantado! Podríamos decir, incluso, que esta semana entre todas “nos hemos gustado». Y esto es muy bueno!

En el entorno social, político e institucional, finalmente se ha hablado de la APS. Entidades vecinales, ayuntamientos, comisión de salud del Parlament y algunos partidos políticos, han debatido y hecho declaraciones a raíz de la huelga.

Hay que reconocer a Metges de Catalunya (MC) el acierto y la oportunidad de la convocatoria de huelga. Y a las compañeras de Rebel·lió Atenció Primària (RAP) la capacidad estratégica de hacer, a través de CGT-Catalunya, una segunda convocatoria que permitía a todos los profesionales (y no solo a médicos) de todos los EAPs (y no solo los del

ICS) participar de la huelga. Otros sindicatos, como IAC e Intersindical CSC se sumaron por un día. La movilización de los residentes, a través de La Capçalera ha sido muy potente y ha roto el silencio de este colectivo con mensajes que reflejaban la importancia estratégica de la APS. Pero el mérito de la activa movilización hay que otorgarlo al conjunto de profesionales (enfermeras, médicas, administrativas, trabajadoras sociales...) de los EAPs. Nos debemos sentir orgullosas de trabajar con profesionalidad y de querer mejorar en beneficio de toda la ciudadanía y no solo de nosotros mismos. Es seguro que esta semilla colectiva ha de dar más frutos!

Creemos que, además de felicitarnos por esta muestra de energía de los profesionales de los EAPs, son oportunas algunas reflexiones:

- Las convocatorias de huelga solo se pueden hacer por los sindicatos y sirven básicamente para forzar a la negociación de mejoras laborales. Los problemas que arrastra la APS son estructurales y derivados de un modelo sanitario caduco (centrado en la atención secundaria) y de una progresiva descapitalización (pérdida de presupuesto y de profesionales). Muchos de estos problemas no se van a resolver ni con esta ni con otras huelgas. **Hace falta que la administración sanitaria reaccione e interprete el malestar** de los profesionales y las disfunciones del sistema como un problema de modelo sanitario y ponga instrumentos para resolver los problemas estructurales, **dando voz (y escuchando) a los movimientos sociales y a las organizaciones profesionales y científicas** que, desde hace mucho tiempo, le hacen llegar las quejas y le proponen soluciones.
- A pesar que había más de un sindicato convocando, tanto la administración, como los medios públicos (radio y televisión) de la Generalitat de Catalunya, han desinformado constantemente ignorando este hecho. Han otorgado, equivocadamente, todo el protagonismo a los médicos y al sindicato MC, ignorando la convocatoria (más amplia) de CGT-RAP-IAC-CSC. El Departament de Treball (que actuaba como mediador) ni tan solo los ha citado a negociar (a pesar de habérselo anunciado reiteradamente). La participación de muchos profesionales (a pesar de la sistemática desinformación) en el último día de huelga (viernes) muestra claramente que la convocatoria no era "solo" de MC y que el malestar va mucho más lejos que sus planteamientos y acuerdos. La convocatoria de huelga por parte de CGT-RAP ha sido muy provechosa: sin ella la movilización no hubiera sido tan importante y sin ella, con toda probabilidad, los acuerdos a que hubiera llegado MC serían diferentes.

- La APS (entendida como el conjunto de los EAPs) no puede ser representada, en su conjunto, por sindicatos como MC o SATSE, más cuando son incapaces de ponerse de acuerdo. O no pueden defender cuestiones esenciales para la APS (el porcentaje de presupuesto de sanidad o los concursos de enfermería sin participación de profesionales de los hospitales, por ejemplo) porque tienen un grave conflicto de intereses (lo que sería bueno para la APS podría no serlo tanto para otros de sus afiliados).
- A nivel práctico, la finalización de la huelga se ha hecho en falso: solo uno de los sindicatos convocantes (MC) ha firmado un acuerdo con representantes del ICS y del Departament. En el acuerdo hay aspectos positivos y otros que no lo son tanto. Pero hay, sobretodo, carencias, muchas carencias. Algunas de ellas por falta de voluntad de las partes para pactarlas, y otras porque no serían motivo de pacto sindical (pero no por ello dejan de ser muy importantes para la necesaria mejora de la APS).

CON LOS ACUEDOS FIRMADOS SE RESUELVE TODO?

Hay que responder con un rotundo NO. No es suficiente (No n'hi ha prou). Muchas de las razonables reivindicaciones consensuadas por profesionales y ciudadanía, explicitadas en un dodecàlogo, no se han conseguido. Y muchos de los acuerdos, desgraciadamente, afectan tan solo a los médicos, olvidando el conjunto del equipo. Y ninguno de los acuerdos afecta al conjunto de EAPs que no son gestionados por el ICS.

A continuación revisamos brevemente los principales acuerdos, así como lo que creemos que es importante y no se ha acordado.

- 1. Incremento de presupuesto:** No tenemos ningún compromiso sobre el porcentaje de presupuesto que el Departament ha de destinar a la APS (los EAPs). Y este hecho es capital. Sin un pacto político (probablemente en el Parlament) sobre el porcentaje de presupuesto que necesita la APS para ser el eje del sistema sanitario nada va a cambiar. Podemos estar todos de acuerdo en la insuficiencia financiera de nuestro sistema sanitario, pero seguir poniendo recursos en prácticas de poco valor (especialmente en atención secundaria) no ayudará a mejorar la salud de la población y la equidad. Este hecho ya es reconocido incluso por sociedades científicas, como la CAMFIC, que lo explicita en su plan de choque. Es del todo imprescindible este pacto (alrededor del 25% del presupuesto para los EAPs) si el sistema sanitario público quiere ser sostenible, equitativo y revertir el hospitalocentrismo y la medicalización (que aumenta la demanda inútil). Nada va a

cambiar de manera relevante para los EAPs si no conseguimos este compromiso, asociado a la imprescindible reforma de la atención secundaria y terciaria. De la misma manera que no se aborda este tema, nada se dice, tampoco, de la necesaria limitación de equipos de apoyo (ASSIR, salud mental, PADES, ESIC...) que no son atención primaria (no prestan atención longitudinal y global) y a menudo restan funciones (y presupuesto) a los EAPs.

- 2. Recuperar dotación de personal:** Es bueno incorporar 250 médicos de familia, pero esto no permitirá (y no hay ninguna garantía en este sentido) recuperar, como mínimo, los profesionales (enfermeras, administrativos y médicos) perdidos desde 2011. Se apuntan algunas medidas para conseguir estos profesionales (facilitar contratación a profesionales extracomunitarios y a los que trabajan fuera del ICS, facilitar alargar la vida profesional más allá de la edad de jubilación y convocar más plazas MIR). Pero no se dice nada sobre el “nudo” de la cuestión: dignificar la profesión para hacerla atractiva. Hay que implementar con urgencia medidas a nivel de los grados (medicina y enfermería), así como medidas para promover el prestigio social (y evitar las constantes y públicas declaraciones de desprecio hacia la labor de los profesionales de APS). Además hay que aumentar de forma significativa (hasta llegar al 50% de las plazas) el número de plazas MIR de medicina familiar y comunitaria. Y ya no digamos las de enfermería familiar y comunitaria: es simplemente vergonzoso mantener el ridículo número de plazas convocadas y el nulo reconocimiento posterior de la especialidad.
- 3. Condiciones de trabajo dignas:** Se mejoran las condiciones de dignidad laboral para los médicos (contratos largos, acceso a carrera profesional), pero quedan excluidos los otros colectivos (enfermeras, trabajadoras sociales, administrativas...). Como veremos más adelante, el acuerdo prevé algunas medidas de dignificación de las guardias en los dispositivos de atención continuada y urgencias de base territorial (ACUT).
- 4. Salarios:** El pacto prevé la recuperación del pago del incentivo por cumplimiento de DPO (no se hará hasta el 2020), pero no otras pérdidas salariales (ni para los médicos). Ni palabra del resto de profesionales.

5. Cierre de los CAPs (20 horas) y conciliación familiar: Se consigue que el horario de apertura de los centros de atención primaria (CAPs) sea de 8 a 20 horas. Se establecen medidas de flexibilización horaria a propuesta de los mismos profesionales. Hay que aprovecharlo!: Es una ventana abierta a la esperanza. En conjunto, garantizando que todos los profesionales de referencia (entendemos enfermera y médica de familia, especialmente) ofrezcan atención deslizando (alguna tarde), superando los anacrónicos turnos de mañana y tarde.

6. Accesibilidad, longitudinalidad y tiempo de visita suficiente: Se dedica mucha parte del acuerdo a recomendar tiempo de atención (en torno de 12' para médicos de familia) y número máximo de visitas (en torno de 28). El hecho que sea una recomendación, y no estrictamente una limitación, nos parece positivo. Estamos de acuerdo en que hace falta tiempo para visitar a las personas y que un exceso de visitas limita la calidad de la atención. Evidentemente. Pero este objetivo (menos visitas y más tiempo) no se conseguirá con la firma de un acuerdo sindical, porque es mucho más complejo. El número de visitas que atendemos cada día depende del número de personas asignadas (y de su entorno social): el acuerdo establece unas 1300 para adultos, unas 11000 para odontología y unas 1000 para pediatría. Pero también depende de la limitación de las demandas innecesarias y en el acuerdo no se propone ninguna medida en este sentido. Lo podrían ser la desaparición de la obligatoriedad de firma médica para justificar una baja laboral de pocos días (e impulsar la declaración responsable del trabajador, vigente ya en otros países), las revisiones anuales injustificadas, o el cambio en la política de comunicación del Govern en lo referente al uso de los servicios sanitarios, promoviendo la desmedicalización en vez de favorecerla. Es más, el número de visitas que atendemos cada día depende, y mucho, de la gestión que hace el propio profesional; todos sabemos que en un mismo EAP y con la misma población asignada algunos profesionales tienen una agenda más vacía (y generan menos espera) que otros; en el acuerdo tampoco se hace ninguna referencia, y sería bueno plantearlo, a medidas de formación para los profesionales en este sentido. En definitiva, la disminución del número de pacientes por profesional (que no puede disminuir más porque sería peligroso por la pérdida de habilidades que supondría) y el estudio de cargas de que se habla en el acuerdo, ayudarán a minimizar la sobrecarga de los médicos, pero se diluirán como el azúcar en el café si no hacemos nada más. Con todo, el acuerdo se

centra mucho en los tiempos de visita y en el número máximo de visitas, en la accesibilidad (y su limitación), pero no se habla de longitudinalidad (elemento esencial de la APS y motor, también, de reducción de demanda innecesaria). Queda lejos asegurar que la población pueda ser atendida por su enfermera o médica de familia sin demora (un máximo 48 horas parecería muy razonable). Seguimos centrados en atender, pero nos hemos olvidado de quien atiende; y en APS debe atender (preferentemente) quien ejerce de enfermera o médica de familia, como garantía de la necesaria atención longitudinal.

7. Potenciar el reconocimiento social, la atención comunitaria y la participación ciudadana: Nada se ha avanzado (quizás no es motivo de pacto sindical) en temas de participación ciudadana, atención comunitaria ni reconocimiento social de la APS, dotándola de capacidad para incidir en todo el proceso asistencial, las listas de espera y de relacionarse con los servicios sociales. En este sentido es urgente que se evite (por ejemplo, mediante una circular del Servei Català de la Salut) la derivación directa desde un servicio especializado a otro (como la sistemática e ineficiente derivación desde oncología a PADES).

8. Desaparición de las UGAPs y direcciones independientes: Aunque en el acuerdo firmado no se citan, es de esperar la inminente muerte anunciada de las UGAPs (unidades de gestión de atención primaria), ya que se habla de direcciones por EAP y de dedicación asistencial de los profesionales que las ejerzan. Se apuntan medidas de autonomía de los EAPs relacionadas con la elección, evaluación y nombramiento de directores (en enero hay que valorar la continuidad de todos los que lleven más de 4 años). Es positivo. Será muy importante que los EAPs aprovechen este acuerdo para regenerar la labor directiva, para buscar y encontrar buenas líderes. Es urgente desterrar el inmenso mal que muchas direcciones anti-líderes han hecho a los profesionales. Preocupa que no se diga nada de la necesaria separación de las gerencias de APS y de atención secundaria (u hospitalaria).

Hay un último aspecto del acuerdo que nos preocupa especialmente: el abordaje que se hace de los **dispositivos ACUT** (estos sí de APS). El acuerdo parece contradecir las medidas anteriores: quieren 250 médicos de familia más, reconocen que no será fácil tenerlos pronto (incluso preven medidas para paliarlo), pero pactan que en los próximos 5 años pondrán más médicos que solo trabajaran en el ACUT (!). Realmente

parece como dispararse uno mismo un tiro al pie! Promover que más profesionales (hasta un 80%) trabajen exclusivamente en ACUT dificulta aún más encontrar los médicos de familia necesarios para los EAPs. Además, precariza a un conjunto de profesionales que tendrán lugares de trabajo menos atractivos (a cuantos de nosotros nos gustaría trabajar exclusivamente haciendo guardias en ACUT?). El acuerdo sí que prevé algunas medidas de mejora de las condiciones de trabajo, así como medidas de flexibilidad antes y después de los turnos de guardia, que pueden ser muy bienvenidas. El camino para la mejora del trabajo en los dispositivos de urgencias de atención primaria (ACUT) no pasa tanto por contratar profesionales específicos para ellos sino por un reparto más equitativo entre los profesionales de los EAPs y por una mejora sustancial de las condiciones de seguridad y de trabajo, incluyendo un pago mucho mejor.

Entristece ver que ha sido necesario convocar una huelga de 5 días para conseguir muchas cuestiones de detalle que, en buena parte, ya anunciaba el propio gerente del ICS a raíz de la convocatoria de huelga. Entristece también ver como no se ha adelantado nada referente a enfermería, auxiliares de enfermería, trabajo social o en la mejora del reconocimiento de la importante labor de los administrativos sanitarios.

La huelga ha pasado, ha dejado cosas buenas y otras no tan buenas. Ha dejado un sabor “a poco”, porque los temas esenciales, como hemos dicho, no se han abordado. Sin embargo ha sido especialmente positiva porque ha movilizado (hace demasiado tiempo que debería haberse hecho). Ha movilizado todos los equipos de atención primaria y buena parte de sus miembros. Nos hemos vuelto a sentir “PRIMARIA”! Nos hemos de creer fuertes!

Este despertar solo acaba de empezar y lo importante ha de venir a partir de ahora. Hay que mantener la movilización para revertir, de verdad (y no con un parche de 60-70 millones) el peso de los equipos de atención primaria (de todos ellos y de todos los profesionales) dentro del sistema sanitario público.

Gracias a todas!

Seguimos!!!

Barcelona, 3 de diciembre de 2018