EL COMPROMISO DE BUITRAGO

Introducción general

La *Plataforma 10 minutos* ha sido capaz de situar sobre la mesa el debate del estado actual de la Atención Primaria, en una llamada de atención a profesionales, organizaciones y gobiernos acerca de la situación de riesgo de descomposición del propio sistema público, que comienza a ser alto.

Como todo debate vivo, su final es incierto si previamente no se establece un marco de referencia que soporte y oriente el sentido de las soluciones o propuestas. Para ello, adoptaremos las tres claves clásicas para alcanzar el éxito en una empresa no lucrativa, como la sanitaria, y en un marco, como el actual, de sanidad pública universal y gratuita en el punto de atención. Estas claves son:

1. Establecer una meta digna, valiosa, retadora y externa (trascendente) a la propia organización.
2. Establecer una relación de resultados esperados como sistema de medición y de monitorización de alejamiento o acercamiento a la meta establecida, y
3. El saberse depositario, que no propietario, un bien público, lo que sitúa a todos los integrantes de la organización (directivos, gestores, profesionales y resto de trabajadores) en situación de débito social: de rendición de cuentas a la sociedad por lo hecho y también por lo no hecho.

Para que la meta (el "para qué") sea motivadora no puede consistir en *cualquier cosa* como "controlar", "atender", "visitar", etc., en definitiva, "entretener". La meta debe ser algo más explícito, digno, valioso y retador. La palabra clave es "resolver": resolver las necesidades sanitarias existentes en base epidemiológica y poblacional. Esta meta se convierte en algo externo y común a los tres agentes implicados en la sanidad: la población, los profesionales y los políticos.

Esta meta promueve la sensación de pertenencia al grupo y la participación activa de los tres agentes en las tareas comunes que responden a la misión de la empresa sanitaria pública. Con ella evitamos, además, las tendencias inerciales en cada agente: 1/ en el paciente, el *todo por nada* como inercia natural consumista sin obligaciones, 2/ en el político, el *más por menos* en su deseo de máxima renta clientelar al menor esfuerzo presupuestario, y 3/ en el profesional, el *menos por más*, en su deseo de tranquilidad y menor responsabilidad, sin pérdida de estatus o reconocimiento social y económico.

Sólo será posible el acuerdo sobre propósitos, valores u objetivos cuando todos ellos sean comunes y externos (trasciendan) a los tres agentes. Y sólo generarán motivación si la meta o misión sanitaria es común, digna, valiosa y retadora; siendo la trascendente el tipo de motivación más relevante para alcanzar esta meta la trascendente sin que debe descuidarse la motivación intrínseca ligada al desarrollo profesional o la extrínseca al reconocimiento.

La propia razón de ser del sistema sanitario público (resolver las necesidades sanitarias existentes en base epidemiológica y poblacional) es la meta y punto de intersección de los intereses de los tres agentes. Meta que éstos se obligan a conseguir: 1/ mediante elección del marco de sanidad pública, universal y gratuita en el punto de atención; 2/ de una forma sostenible, equitativa, accesible y eficiente, 3/ mediante el estilo propio del humanismo social de integración equilibrada de las diferentes parcelas vitales de la persona (laboral, profesional, familiar y social, etc.), y 4/ procurando la mejor satisfacción del paciente y del profesional.

Este marco lógico de relación entre los agentes del sistema permitirá identificar como valioso lo que nos acerca a la meta y como superfluo o modificable lo que nos aleja de la misma. Este marco, además de orientar el sentido de las decisiones e intervenciones, promueve que políticos y profesionales reconozcan su débito a la sociedad al saberse depositarios, que no propietarios, de un bien público.

Si la meta consiste en resolver las necesidades sanitarias existentes de una manera efectiva, eficiente, sostenible, equitativa, accesible y humana, deberá aceptarse que en la evaluación de los resultados esperados se tendrá en cuenta la inmensa mayor parte de la actividad desarrollada en todos los niveles asistenciales.

PROPUESTA DE MEDIDAS CLAVE PARA MEJORAR LA CALIDAD Y DIGNIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA TERCERA DÉCADA DE LA REFORMA SANITARIA

1. Los presupuestos destinados a la Atención Primaria deben incrementarse sustancialmente, para aproximarnos a la media de los países europeos desarrollados tal y como se ha hecho con los del Hospital.

2. Adecuar los recursos materiales y de plantilla a las necesidades de salud, las características de cada población y zona, funciones, objetivos y actividades pactadas.

3. Una gestión más profesionalizada, con un aplanamiento de la pirámide de decisión.

4. Autonomía para organizarse en función de las necesidades, demandas y características específicas de caza zona, dentro de un modelo general básico.

5. Facilitar al máximo la movilidad voluntaria para conseguir equipos más armónicos.

6. Adecuar las normativas de modelo de receta y de Incapacidad Temporal para minimizar las visitas no clínicas.

7. Disponer de sistemas informáticos que permitan una adecuada gestión clínica, de la información y del conocimiento según las características específicas de la atención primaria. Para ello, se necesita un modelo de datos basado en el Episodio de Atención y apoyado en clasificaciones adecuadas para la atención primaria (CIAP). La elección de un pertinente modelo de informatización que asegure la confidencialidad de los pacientes y el secreto profesional.

8. Mejora de las Áreas Administrativas en evolución hacia las necesarias Áreas de Atención al Ciudadano con la adecuación de funciones y ratio por médico.

9. Adecuar el número de los profesionales de enfermería y de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, teniendo en cuenta sus funciones y responsabilidades.

10. Amplio acceso a la tecnología diagnóstica y terapéutica sólo limitado por la racionalidad científica y que se garantizará mediante guías de práctica clínica basada en la evidencia científica.

11. Establecer programas estructurados y eficientes de formación continuada dentro del horario laboral. Impulsar la investigación en la Atención Primaria como medida para favorecer la efectividad clínica y la eficiencia del sistema sanitario.

12. Incentivación en función de logros en efectividad y resolución de las necesidades sanitarias existentes en la población en base epidemiológica y poblacional.

13. Mejorar los presupuestos destinados a Servicios Sociales y mejorar su coordinación con el Sistema Sanitario.

14. Condiciones de trabajo dignas para los médicos de atención primaria en jornadas, ritmo y retribuciones; acordes con la dificultad y responsabilidad del trabajo realizado y la penosidad de los horarios. Erradicación inmediata de los contratos basura.

15. Fomentar mayor participación ciudadana en la toma de decisiones y mayor responsabilidad en el uso racional de los servicios sanitarios.

16. Incorporación prudente de innovaciones al modelo existente.

Por todo ello:

Los legítimos representantes de las organizaciones abajo referidas consideramos la necesidad de colaborar conjuntamente para que la atención primaria española alcance la dignidad y la calidad que merecen los ciudadanos a los que sirve. Por ello, y sin abandonar el marco actual de financiación pública de una asistencia sanitaria de carácter universal y gratuito en el punto de atención, colaboraremos en aquellas propuestas que consideremos necesarias para potenciar la calidad y dignidad que nuestro primer nivel de asistencial debe tener.

Los abajo firmantes nos comprometemos con la mejora del actual modelo de Atención Primaria español y propondremos los cambios precisos que permitan activar las mejoras necesarias, fundamentalmente en el modo de relación de los profesionales y pacientes con el sistema, comprendiendo la justicia de un equilibrio de derechos y deberes resultante del encaje de una ética profesional y de una ética de la empresa, en este caso pública, en la que ejercemos. Por lo tanto, potenciaremos entre los profesionales la necesidad de compromiso, riesgo y responsabilidad profesional para con la sociedad española a la que servimos, nos debemos y a la que rendiremos cuentas. Al mismo tiempo, exigiremos a nuestra empresa pública en la que ejercemos los medios, recursos, autonomía y reconocimiento acordes con dicho compromiso, riesgo y responsabilidad.

Necesitamos un sistema sanitario ético, es decir una sanidad pública que sepa orientar la acción de las personas que en ella trabajan en un sentido racional de modo que los ciudadanos obtengan del sistema el máximo bienestar posible que contribuya y les ayude a llevar una vida buena. Para ello, la misión de nuestro sistema sanitario debe ser establecida inteligentemente.

El fin de nuestra organización, como el del resto de organizaciones, es sin duda un fin social porque toda organización se crea para proporcionar a la sociedad unos bienes, en virtud de los cuales queda legitimada su existencia ante la misma.

Por lo tanto, el sentido de las actividades que llevan a cabo todos los integrantes de nuestro sistema sanitario proviene de la misión de éste y las normas o reglas (explícitas o no) sólo pueden fijarse teniendo en cuenta esta misión. Los bienes que procura la actividad sanitaria se consiguen orientando dicha actividad a la meta y, como es obvio, no todos los medios para alcanzar dicha misión son igualmente adecuados, apropiados o justos. En palabras simples, no "todo vale" con tal de conseguir la meta. Por ello, nuestras propuestas de mejora siempre contemplarán aquellos aspectos éticos de la organización del sistema pues dicha organización no pretende otra cosa que producir un servicio a los ciudadanos, un servicio no sólo prestado sino también creado, en última instancia, por los profesionales.

La eficiencia económica no debe seguir siendo contemplada como el fin último y a *cualquier precio* de nuestro sistema sanitario, pasando a ser la consecuencia de hacer bien las cosas con las personas (las que trabajan en él y los ciudadanos).

Por todo lo anterior, y en el contexto de nuestra atención primaria, nuestras propuestas se encaminarán a ayudar a:

1) determinar clara e inteligentemente cuál es el fin último, específico, el bien interno de nuestra actividad, la misión de nuestra organización por la que nuestro sistema sanitario público cobra su legitimidad social especialmente en el ámbito de la Atención Primaria.

2) averiguar cuáles son los medios adecuados para producir ese bien y qué valores es preciso incorporar para alcanzarlo.

3) indagar qué hábitos ha de ir adquiriendo la organización en su conjunto y sus integrantes para incorporar esos valores e ir forjando un carácter que permita deliberar y tomar decisiones acertadas en relación a la misión.

4) discernir qué relación debe haber entre los distintos agentes (políticos, profesionales, gestores, ciudadanos, agentes sociales, otras organizaciones públicas o no, etc) interesados de forma más o menos legítima en las actuaciones del sistema sanitario público en general y específicamente en el ámbito de la Atención Primaria.

5) potenciar aquellas actuaciones que, vengan de donde vengan, contribuyan a proporcionar calidad y dignidad a nuestra Atención Primaria.

ORGANIZACIONES QUE APOYAN AL DOCUMENTO
" EL COMPROMISO DE BUITRAGO"

Las organizaciones que hasta la fecha se han adherido son:

1. **AEPAP: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.**
2. **APAP- Andalucía: Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía.**
3. **ACIDESA: Asociación Ciudadana en defensa de la Salud.**
4. **ASUSALUD: Asociación Nacional de Consumidores y Usuarios de Servicios de Salud.**
5. **CCOO : Sindicato Nacional Comisiones Obreras.**
6. **Equipo CESCA.**
7. **CLI: Comisión de Libertades Informáticas.**
8. **Consejo Autonómico de Colegios Médicos de Castilla la Macha.**
9. **Consejo Autonómico de Colegios Médicos de Galicia.**
10. **Colegio Oficial de Médicos de Álava.**
11. **Vocalía de Equipos de AP del Colegio Oficial de Médicos de Alicante.**
12. **Colegio Oficial de Médicos de Ávila.**
13. **Colegio Oficial de Médicos de Cantabria.**
14. **Colegio Oficial de Médicos de Córdoba.**
15. **Colegio Oficial de Médicos de Lleida.**
16. **Colegio Oficial de Médicos de Madrid y su Vocalía de Atención Primaria.**
17. **Colegio Oficial de Médicos de Murcia.**
18. **Colegio Oficial de Médicos de Salamanca.**
19. **Colegio Oficial de Médicos de Soria.**
20. **Colegio Oficial de Médicos de S.C de Tenerife.**
21. **Colegio Oficial de Médicos de Vizcaya.**
22. **CSI-CSIF: Central Sindical independiente y funcionarios.**
23. **FAASP: Federación de Asociaciones de Salud Pública.**
24. **FADSP: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.**
25. **Grupo Nacional de Comunicación y Salud.**
26. **Instituto @p COM**
27. **OMC: Organización Médica Colegial de España.**
28. **Pacientes online de Argentina.**
29. **Plataforma 10 minutos: Asociación Nacional para la Defensa de la Calidad y Dignidad de la Atención Primaria.**
30. **REAP: Red Española de Atención Primaria.**
31. **SAMFYC: Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria.**
32. **SAMSaP: Sindicato Aragonés de Médicos de la Sanidad Pública.**
33. **SCMFiC: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària**
34. **SEMERGEN: Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista.**
35. **semFYC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.**
36. **SEMG: Sociedad Española de Medicina General.**
37. **SEPAP: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria.**
38. **SExMFYC: Sociedad Extremeña de Medicina Familiar y Comunitaria.**
39. **SIMAP: Sindicato de Médicos de Asistencia Pública.**
40. **USCAL: Unión Sindical de Castilla y León.**