

# 27

## PROPUESTAS



para la

# ATENCIÓN PRIMARIA EN LA RIOJA

---

**OTRA VISIÓN SOBRE LA SANIDAD PÚBLICA EN LA RIOJA**

Federación de Servicios Públicos de UGT de La Rioja  
Coordinador: F. Javier Garnda Loza



El informe que tienes en tus manos, ha sido elaborado entre los meses de noviembre de 2014 y febrero de 2015.

Hemos desarrollado un proceso participativo, con profesionales de todos los estamentos y de varios centros de salud de La Rioja.

Se han realizado dos reuniones presenciales, que han servido para poner en común todas las posiciones y propuestas. Posteriormente se ha realizado un borrador que se ha ido modificando, hasta lograr componer un texto que comienzas a leer.

También queremos que puedas participar en las adaptaciones que el informe necesite en el tiempo. Pretendemos que sea un documento vivo que siga recogiendo las necesidades de la Atención Primaria, de los pacientes y profesionales.

Para ello, puedes dirigirte a:  
[sanmillan@fsprioja.org](mailto:sanmillan@fsprioja.org)

## INDICE

<b>Introducción</b>	pág. 1
<b>Breve reseña histórica del nacimiento de la Atención Primaria</b>	pág. 3
La asistencia se prestaba en dos grandes ámbitos	pág. 3
Se instaura una estructura física y organizativa. El Centro de Salud	pág. 4
Se establece la especialidad médico de Medicina Familiar y Comunitaria	pág. 4
Se reforma el plan de estudios de Enfermería.	pág. 4
Promulgada la Ley General de Sanidad	pág. 4
<b>El desarrollo de la reforma sanitaria de Atención Primaria en la Rioja</b>	pág. 5
Regulación de las Zonas Básicas de Salud de la Ciudad de Logroño	pág. 5
Los primeros años de reforma sanitaria fueron convulsos	pág. 5
Se implanta la Cartera de Servicios de Atención Primaria	pág. 6
Se trata de convertir al ciudadano copartícipe de su salud	pág. 6
<b>Las transferencias sanitarias</b>	pág. 6
Inversión en infraestructuras	pág. 6
Cupos asistenciales 1500 personas por médico	pág. 7
Se legisla de forma restrictiva la participación ciudadana	pág. 7
Nuevo sistema informático SELENE	pág. 7
<b>El desmantelamiento del Estado de Bienestar</b>	pág. 8
Se suspende antes que ninguna otra comunidad	
el grado cuatro de carrera profesional	pág. 8
Nuevo recorte de gran trascendencia para la desincentivación	
y desmotivación del personal	pág. 8
Desfile de gestores en la Atención Primaria	pág. 8
La Guindalera. Quinto Mapa Sanitario	pág. 8
Varias formas de cita y cita previa	pág. 9
Ausencia de proyecto mínimo de continuidad Atención Primaria	pág. 9
Los pacientes derivados a la atención privada	
pudieran encontrarse en un limbo	pág.10
Un plan para mejorar la cronicidad	pág.10
<b>El sistema se sigue manteniendo por el momento a pesar de...</b>	pág.11
Ausencia de estímulos para la mejora continua de la calidad	pág.11
Aparece el desgaste profesional y desmotivación	pág.11
Disminuyendo el gasto en Atención Primaria	pág.11
<b>Aportar ideas para la mejora del sistema sanitario</b>	pág.11
Consenso entre todos los actores que intervenimos en la sanidad	pág.11
Autonomía de gestión	pág.12
Canales de comunicación interna y retroalimentación	pág.13
Consideración y apoyo a todo el personal que trabaja en la Atención Primaria	pág.13
Fomentar la relación y participación de la comunidad	pág.13
Recuperar la figura de gerente en Atención Primaria	pág.13
<b>Algunas conclusiones</b>	pág.14
Los trabajadores y trabajadoras de la Atención Primaria somos un importante activo	pág.14
Políticas económicas especulativas, sustentadas por los intereses de empresas privadas	pág.14
El Consejero incumple sus compromisos de toma de posesión	pág.15
La dirección del SERIS y el Consejero, ni están, ni se les espera	pág.15

## **1.-Introducción**

La Federación de Servicios Públicos de UGT, se ha posicionado de forma muy comprometida en dos informes relativos a la sanidad pública riojana. El primero de elaboración propia, ha consistido en diagnosticar su estado, resaltando la información sobre las empresas que reciben contratos del gobierno regional y denunciando las políticas privatizadoras. Este informe, se denomina “**La verdad sobre la sanidad riojana**” (marzo de 2014).

Cuatro meses después, el pasado julio de 2014 y tal y como apuntaba el documento referido anteriormente, distintas organizaciones hemos firmado y hecho público una “**declaración sobre la sanidad riojana**”. Declaración firmada por todas las organizaciones sindicales, la federación de asociaciones de vecinos, de consumidores, políticas, de enfermos, marea blanca la rioja, con la excepción de PP y UPYD. Esta declaración establece los márgenes en los cuales los firmantes nos comprometemos a desarrollar nuestro trabajo en defensa de una sanidad pública y universal, dirigiendo nuestro esfuerzo y trabajo a seguir consolidando el sistema sanitario que venía rigiendo en nuestra sociedad.

Ambos documentos están más centrados en la política sanitaria hospitalaria. Estas dos exposiciones y compromisos, quedarían incompletos si no realizáramos un diagnóstico y propusiéramos alternativas a lo que acontece en la otra parte no menos importante de nuestro sistema sanitario público. Nos referimos a la **Atención Primaria**.

Por ello, la Federación de Servicios Públicos de UGT da otro paso más en el compromiso con la sanidad pública, los ciudadanos y con los profesionales del sistema, plasmando en este tercer documento **su diagnóstico y alternativas a la situación actual de la Atención Primaria**.

El objetivo que nos hemos marcado es tratar de impulsar un **afianzamiento en nuestra región de la Atención Primaria**, tomando como base las indicaciones y programas de la Organización Mundial de la Salud OMS, bajo la idea de **garantizar el derecho a la salud** como algo **fundamental**, a que alcancemos plenamente **nuestro potencial de salud** y que ello se haga con **equidad, participación** y desde el **sistema público**.

Con el informe que tienes en tus manos, se cierra el círculo de análisis y propuestas. Pero ello, no quiere decir que finalizamos nuestra tarea, todo lo contrario, **vamos a seguir cada día más y con mayor compromiso, defendiendo la sanidad pública y universal, con mayor fortaleza denunciando las políticas privatizadoras del gobierno regional, la especulación y rastreo de las empresas privadas**.

## 2.- Breve reseña histórica del nacimiento de la Atención Primaria

Nuestro país desde el siglo XVIII arrastra un importante retraso en la puesta en práctica de la salud pública, este hecho siempre ha condicionado el desarrollo sanitario hasta las primeras décadas del siglo XX, con un paréntesis desde el golpe de estado franquista hasta la instauración de la democracia, donde comenzó un progreso más importante.

Esta realidad, ha podido provocar al margen de otros, un desequilibrio entre el desarrollo de la atención primaria y hospitalaria, que ha favorecido a esta última.

Este contexto confirma el alto componente medicalocéntrico-hospitalocéntrico, donde solo se atiende al elemento físico, sin considerar el contexto social y psicológico, típico de la cultura occidental en el que nace la reforma del sistema sanitario de Atención Primaria en la Rioja. El origen se remonta a la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad<sup>1</sup> y la Ley de Bases de la Sanidad Nacional centrados en la enfermedad y con los siguientes fines:

- Prestar asistencia en caso de enfermedad y maternidad, que llevan implícita una indemnización económica en caso de pérdida de retribución por ello.
- Pagar gastos funerarios por fallecimiento del asegurado.
- Asistir a las personas que están activas laboralmente, que no sean funcionarios ni indigentes, inscritos en el listado de beneficencia de su Ayuntamiento.

La asistencia se prestaba en dos grandes ámbitos:

- Por un lado, en los establecimientos ambulatorios pertenecientes al **Seguro Obligatorio de Enfermedad** (SOE) y desplegados en los años setenta y principios de los ochenta que en el comienzo de la reforma sanitaria estaban adscritos al Ministerio de Trabajo, donde se atiende a las personas activas laboralmente.
- Por otra parte a través de la red de dispensarios e instituciones provinciales, el antiguo Ministerio de Gobernación, se encarga de la **Asistencia Sanitaria Pública**, que presta atención sanitaria a los funcionarios públicos, incluidos los de las Corporaciones Locales y a las personas incluidas en el padrón municipal de beneficencia, (hijos fuera del matrimonio, parados, indigentes, enfermos crónicos o mentales privados del derecho de asistencia, por el seguro obligatorio de enfermedad).

Un acontecimiento importante de gran peso en la confección de la reforma sanitaria de 1984 es el que se produce en 1978 a instancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con la **Declaración de Alma Ata**, documento esencial que traza el ideario de la Atención Primaria<sup>2</sup> y la define como el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, acercando lo más posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer eslabón de un proceso continuo de asistencia sanitaria.

El mismo año y recogiendo el espíritu de la citada declaración, toma cuerpo la **Constitución Española de 1978** en la cual se reconoce el derecho universal a la asistencia sanitaria.

---

<sup>1</sup> Ley de Seguro Obligatorio de Enfermedad de 14 de diciembre de 1942 Ministerio de Trabajo Boletín Oficial del Estado, 27 diciembre 1942; (361):10592

<sup>2</sup> OMS. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional de Alma-Ata Ginebra 1978.

A los pocos años en **1982** se constituye La Rioja como Comunidad Autónoma (Ley Orgánica 3/1982)<sup>3</sup>.

En 1984 se regulan las Estructuras Básicas de Salud con el Real Decreto 137/1984 que facilita el cambio de paradigma y establece las Zonas Básicas de Salud, donde impartir la asistencia de acuerdo a criterios geográficos, demográficos, culturales etc... y que sirve de referencia para la actuación del equipo de atención primaria (a diferencia del Área de Salud, que aglutina la Atención Primaria y la Especializada del segundo nivel asistencial) Todo ello es regulado con el Decreto 32-33/1986, de 27 de Junio.

En ellas se instaura una estructura física y organizativa: el **Centro de Salud**, que permite trabajar en un equipo multidisciplinar, así mismo permite la coordinación entre las distintas administraciones que tienen competencias sanitarias y recoge e insta a proporcionar una atención sanitaria integral e individual a través de las actividades preventivas, asistenciales y rehabilitadoras<sup>4</sup>.

Se promueve la formación específica del personal con especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en 1978, posteriormente se reforma el plan de estudios de Enfermería, donde se introduce la formación en salud pública y de trabajo en equipo, y en 1984, mediante la Orden 15 de junio se regulan las funciones de la Enfermera Comunitaria, indicando que las DUE o ATS de Atención Primaria prestarán con carácter regular, sus servicios a la población con derecho a asistencia sanitaria de la Seguridad Social **en régimen de ambulatorio y/o domicilio**, así como a toda la población en colaboración con los programas que se establezcan con otros Organismos y Servicios que cumplan funciones afines a la Sanidad Pública, Educación Nacional y Beneficencia o Asistencia Social.

Conforme a su nivel de titulación **centrarán sus actividades en el fomento de la salud, la prevención de las enfermedades y accidentes de la población a su cargo, actuando fundamentalmente en la comunidad**, sin descuidar las necesidades existentes en cuanto a rehabilitación y recuperación de la salud<sup>5</sup>.

En 1986, se promulga la Ley General de Sanidad<sup>6</sup>, que actúa como referente y principal marco institucional de la reforma sanitaria para todo el Estado.

---

<sup>3</sup> Ley Orgánica 3/1982 de 9 de junio de Estatuto de Autonomía de La Rioja. Boletín Oficial del Estado. 19 de junio de 1982 ;(146): 16750-56

<sup>4</sup> Real Decreto 137/1984, de 11 de Enero, sobre Estructuras Básicas de Salud. Boletín Oficial del Estado de febrero de 1984; (271): 2627-9.

<sup>5</sup> Orden de 14 de junio de 1984 por la que se modifica el Estatuto del personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado. 19 de junio 1984;(146):17911-43

<sup>6</sup> Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado 1986;(102):15207-24.

### **3.-El desarrollo de la reforma sanitaria de Atención Primaria en la Rioja**

La reforma nace paralelamente desde el centralismo estatal y el regional en plena transición democrática.

Se adopta la Orden de la Consejería de Salud de La Rioja de 21 de mayo, que permite el desarrollo regional del Real Decreto 137/84 de Estructuras Básicas de Salud cuyos principios y objetivos prioritarios son:

- **Lograr el mayor nivel de salud posible** en la Comunidad Autónoma.
- Considerar la **Atención Primaria de Salud como la base y puerta de entrada del Sistema Sanitario**.
- Potenciar **la auto-responsabilidad y la participación** de la población en materia de salud.
- Integrar las acciones de **promoción, prevención, asistencia y rehabilitación** dirigidas a individuos, grupos, o comunidades que las componen, hasta ahora dependientes de dos Ministerios diferentes.

Se hace la **primera regulación de las Zonas Básicas de Salud de la Ciudad de Logroño** en el año 1984 (primer Mapa Sanitario de La Rioja, que establece cinco zonas)<sup>7</sup>.

Al año siguiente se crean **dos gerencias**: una de **Atención Primaria** y otra de **Atención Especializada** con el Decreto 38/1985 de 20 de septiembre<sup>8</sup> y **se confecciona el segundo Mapa Sanitario de La Rioja que regula diecisiete zonas y una sola Área de Salud**.

El antiguo ambulatorio **Nuestra Señora del Perpetuo Socorro**, junto al antiguo Hospital San Millán, da cobijo al primer equipo de salud de Joaquín Elizalde constituido como centro de salud desde mediados de 1985; a la vez que se van creando nuevos centros mientras conviven los dos modelos asistenciales hasta que culmina el proceso en 1996 con la inauguración del centro de salud de Navarrete.

La instalación de un Centro de Salud debe de estar presidido por factores o condicionantes geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las infraestructuras sanitarias del área, junto al resultado de la negociación entre los líderes locales, población, sanitarios y autoridades regionales, de forma que responda a los objetivos que la Ley General de Sanidad pretende.

**Los primeros años de reforma sanitaria fueron convulsos**. La actividad asistencial siguió centrada en la recuperación de la enfermedad, y **fue guiada por el intento voluntarista de profesionales y gestores**; aparecieron los primeros conflictos entre estamentos, presiones de Colegios profesionales y otras entidades con condicionantes de tipo ideológico-político... Para unos era **el motor e incentivo de cambio**, y para otros producía sensación de desazón

---

<sup>7</sup> Orden de la Consejería de Sanidad de 21 de mayo de 1984, por la que se determinan las Zonas de Salud correspondientes a la ciudad de Logroño. Boletín Oficial de La Rioja. 29 de Mayo de 1984;(62):770-1.

<sup>8</sup> Decreto 38/1985 de 20 de septiembre, por el que se aprueba la ordenación territorial sanitaria de la Comunidad Autónoma de La Rioja Consejería de Sanidad. Boletín Oficial de La Rioja. 17 de octubre de 1985;(119):1280-1; Rect Boletín Oficial de La Rioja. 5 de noviembre 1985; (117).

**por alterar el orden establecido**, por lo que resultó conflictiva la implantación de esta reforma.

En el año 1992-93 se implantó la **Cartera de Servicios de Atención Primaria**, (aun susceptible de revisión y mejora), elemento esencial a la hora de estabilizar y afianzar la actividad en el sector, pues actuaba como incentivo de la mejora de la calidad asistencial. Estaba adscrita a un complemento económico de tipo variable de acuerdo a los resultados de la **evaluación cualitativa de las normas técnicas mínimas** de actuación y servía tanto a los gestores para trazar un plan de mejora de la calidad científica asistencial, como a los profesionales para sentirse identificados con el propio proceso de reforma.

Una de las fortalezas dignas de reseñar de la reforma fue el **tratar de convertir al ciudadano copartícipe de su salud**. Para ello se legisla y se regula la participación ciudadana a través de los Consejos de Salud en diferentes y sucesivos Decretos: 1990 Decreto 83/1990, Decreto 23/1992, Decreto 20/1995 que permiten la implantación paulatina del Consejo Riojano de Salud y los correspondientes a las diversas Zonas Básicas de Salud. Según el interés de las autoridades-gestores, profesionales y ciudadanos, tuvo mayor o menor preferencia.

En definitiva, en su génesis, **esta reforma intentaba colocar al ciudadano en el centro de las políticas sanitarias**, y no como viene ocurriendo en la actualidad. **Los gestores sanitarios en nuestra comunidad, han desperdiciado este valor como elemento de mejora del sistema sanitario.**

#### **4.- Las transferencias sanitarias**

En el año 2001 se culmina el proceso de transferencias sanitarias en todo el estado y pasan las competencias al gobierno regional

En 2005 se crea **el tercer mapa sanitario** a través de los decretos 29 y 30/2005 22 de abril donde se regulan **tres Áreas de Salud**.

Se aumenta considerablemente la inversión en infraestructuras, ya que es un momento de fuertes ingresos producidos por la burbuja del sector inmobiliario y así se construye, el hospital San Pedro, Carpa, Cibir y varios centros de salud:

-El Centro de Salud de Santo Domingo de La Calzada (quizás el más necesario pues la antigua infraestructura era muy deficiente) y el consultorio periférico de Ezcaray.

-En Logroño, el de Siete Infantes de Lara a escasos quinientos metros del de Labradores -por cierto, con una infraestructura bastante deficiente y angosta- amén del periférico que años más tarde se abre en la misma calle Labradores nº 3 donde se escinde la pediatría y el trabajo social. Posteriormente el de Cascajos y el de la Guindalera.

-El de Arnedo después de haber construido uno nuevo hace 15 años, se abordan mejoras de consultorios en Bergasa, Santa Eulalia Somera y otro en la Santa Eulalia Bajera, distante a menos de ochocientos metros uno del otro.

-Los consultorios de Rincón y de La Aldea, como punto de atención continuada.

-Consultorios de Lardero y Villamediana.



Estos últimos consultorios periféricos deberían ser un capítulo aparte, pues se han sobredimensionado intencionadamente para dar la imagen de que son Centros de Salud cuando no lo son.

Por el contrario, no se han dotado adecuadamente los Centros de Salud de Alberite, Alfaro etc... para simular que son consultorios periféricos, cuando son centros de salud.

Las nuevas estructuras han tratado de mejorar la imagen, que poco o nada tiene que ver con la eficacia del sistema sanitario.

Hechos carentes de racionalidad que dan lugar a la dispersión de recursos y al aumento sustancial y disparatado del gasto corriente, que pasó desapercibido mientras existió bonanza económica.

En el año 2004 desaparece la evaluación cualitativa de la Cartera de Servicios, **que valoraba el cumplimiento de los objetivos generales.**

En 2007 se lleva a cabo el acuerdo firmado entre la administración del SERIS y todas las organizaciones sindicales, donde entre otras mejoras laborales **se aprobó la Carrera profesional**, y se redujeron los cupos asistenciales **a 1500 personas por médico**. Esto supuso un aumento de **18 médicos** que fueron contratados de refuerzos para guardias y de alguna enfermera asistencial, aunque según se constata con los hechos, **sin hacer una planificación sobre las necesidades reales o potenciales de salud de la población**, (edad, tipo de problema de salud, no es lo mismo niños, adultos o ancianos, prevalencia etc.)

Desaparece de forma un tanto confusa y contradictoria la figura de ATS/DUE equipo de Atención Primaria, por el de Enfermera de Atención Primaria, **lo que permite emplear a las enfermeras comunitarias en otros cometidos que no son de su ámbito, como puede ser el apoyo a la especializada, con el consiguiente recargo laboral en detrimento de la salud comunitaria.**

Así mismo, **desaparece la figura de la Dirección de Enfermería** transformándola en una subdirección de Primaria y otra de Especializada. (único caso en todo el Estado).

En 2006 se vuelve a legislar de forma restrictiva y con menor voluntad política de llevar a la práctica la participación ciudadana, con el Decreto 29/2006; un patrón que se ha repetido en la última **rezonificación de Logroño**, donde los gestores ni informan ni hacen copartícipes desde el origen al tejido asociativo de la ciudad.

En 2007 **se renueva por cuarta vez** el Mapa Sanitario (Decreto 123/2007 5 de octubre), con una única gerencia de Área que no tendría mayor importancia si llevara implícito el ideario con el que nace la reforma sanitaria; pero por el contrario se adoptan métodos y costumbres de la atención especialidad llegando a reducir la cartera de servicios.

En el año 2009 SELENE. La necesidad de informatización del nivel especializado (el hospital) hasta el momento sin soporte informático alguno hace que sean los centros de salud (que llevan años informatizados) los que tienen que someterse al cambio, a pesar de los importantes desajustes que eso produce en la actividad cotidiana, y sin explicaciones por parte de la Gerencia.

El objetivo debía ser la historia única del paciente **pero no es así. Los usuarios seguimos teniendo 2 historias clínicas una de Atención Especializada y otra de Primaria.**

## **5.-El desmantelamiento del Estado de Bienestar**

Ya en el año 2009, con los inicios del cataclismo estructural del sistema social que supone la crisis, comienza el desmantelamiento del sistema del Estado de bienestar, y con el, en la Comunidad de La Rioja, se proyectan los primeros recortes sobre el personal sanitario; de hecho, **se suspende antes que ninguna otra comunidad el grado cuatro de carrera profesional** (resolución de 30 de Julio 2009).

Inmediatamente se realiza el otro expediente R1/2012 MEAP-PRIMARIA de 23 de febrero de 2012, por el que se “deslocalizan” 11 médicos y siete enfermeras de diversas zonas de salud, para situarlas en otras de mayor demanda asistencial. Pero se aborda sin un análisis previo de necesidades, sin distinguos de problemas de salud o edad...

En el mes de julio, **se lleva a cabo una resolución de gran trascendencia para la desincentivación y desmotivación del personal.** La Resolución 1 de julio de 2012 del Presidente del Servicio Riojano de Salud por la que se establece la forma de aplicación de la Disposición Adicional Septuagésima Primera de la Ley 2/2012 de 29 de junio de Presupuestos Generales del Estado para el año 2012 al personal funcionario y estatutario de los centros y servicios y establecimientos sanitarios del SERIS, donde se **congela la carrera profesional**, se **amplía la jornada** laboral y comienza una **drástica reducción de servicios sanitarios** y de **personal sanitario**, disminuyen las **sustituciones**, las **interinidades**, **nula oferta de empleo público**, desaparición de los días por antigüedad...

Entre tanto desde 2011 se va produciendo un auténtico **desfile de gestores en la Atención Primaria**: en los últimos años **un total de siete** Manuel Ruiz de Ocenda, Alfonso Jiménez Galán, Juan Balda Soria, Fernando Gallo Trébol, José Ignacio Pascual, Verónica Calle Cordón y Rosa Garrido Uriarte. Esta situación de constantes cambios **demuestra una deficiente gestión y falta de criterio** por parte de su responsable inmediatamente superior, la gerente del Servicio Riojano de Salud, M<sup>a</sup> Luz de los Mártires.

Asimismo la figura de los coordinadores de las zonas básicas de salud, están vacíos de competencias, y sólo se tienen en cuenta para algunas reuniones de carácter informativo, **nunca de consulta previa o participación efectiva.**

Se producen medidas tan sorprendentes como “**degradar**” a enfermeras que ocupaban puestos de gestión y que siguen realizando las mismas labores (lo cual indica que son necesarias) pero no reciben remuneración alguna por ejercerlos.

En julio de 2013 **se reazonifica** la ciudad de Logroño con la Orden 6/2013 de 28 de octubre de creación y agrupación de Zonas Básicas de Salud y delimitación de su ámbito territorial con la cual se constituye una nueva zona básica de salud más, **la Guindalera, creando el quinto Mapa Sanitario**, sin ningún tipo de consulta o notificación real a la población (aunque si formal) como preceptivamente indica la legislación sobre consejos de salud. Se saltan la norma que tratan de suplir con un simulacro de Consejo de Salud en el salón de actos de la Gota de Leche de Logroño.

El resultado es un centro de gasto corriente más, dado que es la misma población (según el último censo menos población en Logroño) y el mismo personal. Se trata de una muestra clara de mala planificación sobre la que cabría preguntar a los gestores cuánto ha mejorado realmente los indicadores de salud de la población afectada.

En cuanto al acceso a los centros de salud, se han puesto en marcha **varias formas de cita**: tele-cita, web, móvil... eso sí, ninguna de ellas permite gestionar la cita a los administrativos, lo que provoca múltiples errores.

El sistema de salud en Navarra ha puesto en marcha una recepción de pacientes mediante citas no presenciales, telefónicas, citas no demorables, citas urgentes, derivación a enfermería, citas administrativas, etc. Han considerado que la cita es un paso fundamental para organizar la atención. Por ello, **contemplan una agenda inteligente**, todo lo contrario de la nuestra.

En algunas zonas básicas de salud se hace disgregación de los equipos y el servicio de urgencias de atención primaria SUAP, creando compartimentos estancos, en lugar de potenciar los puntos de atención continuada en los centros de salud.

La Consejería, trazando otro rumbo deja sin efecto los objetivos de la reforma y los criterios internacionales Salud para todos en el año 2000 y posteriormente Salud XXI (SPT200 y SXXI) donde indica que la **Atención Primaria debe ser integrada e integral**.

La centralización de la gestión de los procesos es cada vez mayor, de forma progresiva desde la desaparición de la gerencia de Atención Primaria, **llevando a la pérdida de autonomía del profesional**.

El incremento de servicios en Atención Primaria resulta ser de competencias que corresponde a la Atención Especializada: ginecología, tele-dermatología, tele-oftalmología. Ninguna referencia a contenidos propios de Atención Primaria.

Uso racional del medicamento: es el único feed-back que hay de la actividad en cuanto al uso de fármacos. No podemos precisar desde cuando está activo, **pero no ha habido ningún "programa" nuevo de farmacia, y la prescripción por principio activo depende de la propia iniciativa del profesional, no hay ningún estímulo a esa forma de prescripción**. Las preocupaciones, parece más que están encaminadas a la reducción del gasto farmacéutico.

Consideramos que estos datos que ofrecemos, **son fruto de la desidia y desconsideración de la Gerencia del SERIS, y de la Consejería de Salud hacia la Atención Primaria**.

Todos estos cambios son el fiel reflejo de la **ausencia de proyecto con un mínimo de continuidad** para la construcción de un modelo de Atención Primaria, lo que se hace es obviar los principales pilares de la reforma sanitaria de Atención Primaria, **la promoción, prevención y participación comunitaria lo reducen a algo marginal**, no existen apenas actividades de **educación para la salud**, centran su actividad en la recuperación exclusivamente (es lo rentable para los que se lucran con ello). **Es más visible recuperar a una persona mediante una intervención cardiovascular, que con acciones educativas**

para que cambie las formas de vida que lo eviten. Pero para esto último, sería necesario compartir, ser más transparente y por tanto, democratizar la salud y sus servicios.

Sin contar el gasto de farmacia, al que no tenemos acceso -no figura en las memorias-, el gasto de Atención Primaria en capítulo I y II (personal y gastos corrientes) asciende en 2012 a **50.891.106 euros, para un total de 313.136 tarjetas sanitarias**. Esto supone **162.5 euros por habitante y año** gastados en Atención Primaria. En el año 2010 este mismo cálculo arrojaba una cifra de **181 euros por habitante y año**. Las cifras hablan por sí mismas.

La política de derivación de operaciones quirúrgicas que impulsa la Gerencia del SERIS (con M<sup>a</sup> Luz de los Mártires al frente) desde el servicio público a la clínica Los Manzanos, está generando problemas a los pacientes intervenidos en dicho hospital, al no dispensarles la medicación y no recibir orientaciones claras para el seguimiento de su tratamiento o cuidados.

Estos se **encuentran en un limbo**, entre la sanidad privatizada y la pública, viéndose obligados a recurrir de forma inmediata a los centros de salud, se dan casos en que las altas se producen en viernes y los usuarios tienen que recurrir en última instancia al servicio de urgencias para que les dispensen la medicación pautaada en el hospital privado. Al margen de otros condicionantes, estas situaciones no garantizan mejor atención a los pacientes y suponen descoordinación entre ambos niveles creando incertidumbre, tanto a los profesionales de Atención Primaria, como a los propios pacientes.

A diferencia de las comunidades colindantes que se preocupan de la atención a la cronicidad a través de programas específicos desde Atención Primaria, en La Rioja parece que la tónica es no actuar, para mantener la actual política privatizadora y que a las clínicas privadas no les falten pacientes.

En 2009 ve la luz el II Plan de Salud de La Rioja (2009-2013) **aunque no hay constancia de objetivos desde el año 2010 ni se conoce una evaluación del mismo**. Por tanto, cabe resaltar **que desde 2009 no existe planificación alguna por parte de la Consejería**. Ahora, finalizada la legislatura, el Presidente del Gobierno anuncia el III Plan para abordar la cronicidad en La Rioja, que afectará, según dice, a 121.000 pacientes.

A nuestro juicio es buen momento para contar con los profesionales del sistema y poner en marcha un plan consensuado, que mejore el abordaje de las enfermedades crónicas.

Por otro lado y aunque entra dentro del plano especulativo, creemos que con el intento frustrado de privatización de la gestión de la Fundación Hospital de Calahorra, entre sus objetivos subliminales **podría haber estado la privatización indirecta de la gestión de los centros de salud adscritos de La Rioja baja**.

Es importante reseñar las condiciones laborales en las cuales prestan sus servicios los profesionales con plaza de refuerzo. Unos puestos de trabajo que no tienen homologadas sus condiciones con los denominados de cupo.

## **6.- Resumiendo, el sistema se sigue manteniendo por el momento a pesar de:**

- Falta de planificación estratégica, lo que lleva a una constante improvisación.
- La promoción y la prevención estén relegadas al 2% del presupuesto.
- La incapacidad y desconocimiento de los gestores políticos, por tanto, crisis de liderazgo desde hace años y una ausencia notable en calidad en la gestión.
- Ausencia de estímulos para la mejora continua de la calidad, carecemos de herramientas para evaluar nuestros resultados.
- Nuestra sanidad está basada en un modelo hospitalocéntrico, con una sobre utilización tecnológica que produce gasto innecesario.
- El pago de medicamentos esté excluyendo y autoexcluyendo a la población del sistema, además de los efectos perniciosos que produce la no universalización de la asistencia.
- En lo interno, no se está realizando “gestión de personas”, sino “gestión de personal”, con unas prácticas absolutamente despersonalizadas, que olvida sistemáticamente las necesidades y expectativas de los profesionales, así como cualquier tipo de reconocimiento de su labor.
- Fruto de estas prácticas está apareciendo **desgaste profesional y desmotivación**. El grado de calidad de los servicios de un sistema sanitario está en relación directa con el nivel de satisfacción de los profesionales que en él trabajan... y la desmoralización de los mismos es la mayor dificultad a la que tienen que enfrentarse sus directivos. En los profesionales existe una depreciación de la autoestima colectiva, que conduce al inmovilismo.
- Está disminuyendo el gasto en Atención Primaria (personal y gasto corriente) en 18,5€ del 2010 a 2012 por habitante y año.

## **7.- Propuestas para la mejora del sistema sanitario**

Consideramos necesario establecer un consenso sobre los mecanismos, estructura y definición de funciones en la atención primaria. Este planteamiento de **consenso entre todos los actores que intervenimos en la sanidad**, pudiera ser definido como **un marco estratégico para la Atención Primaria en La Rioja**.

Además del marco estratégico al que nos referiremos, conviene dejar claro que el consenso al que nos referimos, debe contemplar al menos los siguientes planteamientos sobre el modelo:

**Integral:** abordando los problemas y necesidades de salud de la persona desde una perspectiva biopsicosocial, considerando siempre sus componentes biológicos, psicológicos y sociales como partes indisolubles de los procesos de salud enfermedad.

**Integrada:** asumiendo que los procesos de atención sanitaria deben contemplar de forma constante y coordinada actuaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y análisis del entorno social.

**Continuada y longitudinal:** desarrollando sus actividades a lo largo de toda la vida de las personas, en los diferentes lugares en que vive y trabaja y en el seno de los distintos recursos, centros y servicios del sistema sanitario (centro de salud, hospital, urgencias...).

**Activa:** realizada por unos profesionales que no se limitan a actuar como receptores pasivos de los problemas y demandas, sino que trabajan de forma activa y anticipatoria detectándolos en sus fases más precoces.

**Accesible:** sin existencia de barreras que dificulten la utilización de sus recursos por las personas que los necesiten o que las discriminen en función de su raza, creencias o situación económica.

**Desarrollada por equipos:** formados por profesionales sanitarios (medicina, enfermería...) y no sanitarios (trabajo social, administración...).

**Comunitaria y participativa:** enfocando la atención de las necesidades y problemas de salud tanto desde una perspectiva personal como colectiva o comunitaria y contando con la participación activa y constante de los actores implicados.

**Programada y evaluable:** a partir del desarrollo de actuaciones que respondan a objetivos y métodos predeterminados y con herramientas de evaluación adecuadas.

**Docente e investigadora:** con capacidad y reconocimiento docente e investigador en los ámbitos que le son propios.

Desde el punto de vista **estratégico**, proponemos abordar entre otros los siguientes planteamientos:

- Mejora de la calidad de los servicios orientados a los ciudadanos.
- Más efectividad y resolución.
- Mejora de la calidad asistencial.
- Impulsar la participación interna del sistema y el desarrollo profesional.
- La eficiencia en la gestión y organización.

**Mayor autonomía de gestión**, para disponer de la máxima capacidad de resolución, además contar con los recursos materiales y técnicos necesarios.

Reconocimiento expreso de **mantener un alto nivel de cualificación y formación continúa entre los profesionales**, para lograr un mejor desarrollo de sus funciones.

De igual forma impulso de actividades de **educación para la salud**, en el desarrollo de la **continuidad asistencial**, de los cuidados de enfermería y articulando mecanismos de participación ciudadana.

Otras propuestas complementarias:

- Potenciar la Atención Primaria como eje central y **puerta única de entrada del Sistema de Salud**, poniendo en evidencia la necesidad que el sistema sanitario tiene de la Atención Primaria, se trata de empoderarla situándola en la lugar que le corresponde.

- **Poner en valor nuestros resultados en salud**, satisfacción del usuario y coste/efectividad ante nosotros mismos, la sociedad y los directivos.

- Para su sostenibilidad, aprovechar y rentabilizar mejor los recursos profesionales e instituciones estableciendo **canales de comunicación interna y retroalimentación**.

- Analizando las necesidades de salud, recursos, resultados y planificar objetivos en base a ellos, rediseñando **un sistema asistencial de acuerdo a las nuevas realidades técnicas y humanas**.

En los últimos años el patrón epidemiológico ha cambiado radicalmente y se ha pasado de un sistema de salud preparado para la resolución de problemas agudos, a la situación actual donde prevalecen las personas con enfermedades crónicas, circunstancia que induce a tomar decisiones con un criterio diferente, de ahí que los servicios de salud deban de ser distintos.

- Incorporar la Atención Primaria Integral (API) y no solo la Atención Primaria Selectiva (APS).

- **Revisión de cartera de servicios y evaluación de resultados** en Atención Primaria ajustándola a las necesidades reales de salud de la población.

- El establecimiento de cupos de médico y enfermera de atención primaria tendrá en cuenta para el futuro: la **pirámide de edad**, dado que existe más demanda en la tercera edad. Lo mismo ocurre con la **población inmigrante** y con la población en **malas condiciones socioeconómicas**. A mayor porcentaje de población con estas características, el cupo debiera ser menor. Se trata de **garantizar la equidad** dentro del sistema.

- Fomentar una cultura de mejora de la calidad, **que devuelva la autoestima colectiva y mantenga la motivación al principal activo de la organización**, ésta debe conocer sus necesidades y expectativas. La calidad de vida profesional depende de factores individuales, pero también de la **autonomía y el reconocimiento del esfuerzo**.

- Reconocer **la consideración que se merece** a todo el personal que trabaja en la Atención Primaria: personal administrativo, trabajadores sociales, celadores, auxiliares, enfermeras, médicos, matronas, pediatras, fisioterapeutas, SUAP, etc.

- **Fomentar la relación y participación de la comunidad** a lo largo de todo el proceso asistencial, potenciando la formación en ese ámbito tanto para la población como para los profesionales.

- Dotar a la Atención Primaria de **la figura de gerente**, recuperándola del organigrama inicial sanitario. De igual forma cada uno de los centros de salud, se determinara con el nivel de autonomía necesario **una estructura organizativa** que colabore para una gestión sanitaria más eficaz.

## **8.- Algunas conclusiones**

La relevancia del trabajo en la atención primaria, pasa por que se hace un abordaje global (biopsicosocial) de la salud del individuo, se hace promoción de la salud y se educa para que la persona se sepa mantener sana y cuidar de su salud, y además se hace un seguimiento longitudinal a lo largo de toda su vida facilitando el acceso las 24 horas del día.

Los trabajadores y trabajadoras de la Atención Primaria son **un importante activo de la organización**, además de **la puerta de entrada al sistema sanitario**, están altamente cualificados. Realizan una labor **de cribado imprescindible para el sistema**, aportan un alto valor añadido como proveedores del proceso asistencial. La satisfacción de los pacientes está demostrada, y los trabajadores/as tienen una alta motivación intrínseca derivada de su **compromiso con las personas y el interés genuino por sus problemas**. Está verificada su elevada capacidad de resolución de problemas, su rendimiento es altamente coste/efectivo y su concepción **humanista permite el abordaje integral, bio-psico-social de los problemas de las personas**.

En el año **2012** se realizaron en Atención Primaria **3.311.406** consultas entre médicos, enfermeros/as y pediatras. (Datos de la memoria del SERIS). Es decir, el número de consultas en Atención Primaria en un año supera más de 10 veces la población de La Rioja.

En ese mismo periodo hubo **643 reclamaciones**: menos del **0.2 por mil** consultas.

La capacidad de resolución se mide por el número de procesos que derivamos a Atención Especializada. En el año 2012, **tan sólo se derivó el 9% de los más de 2 millones de consultas** que se atendieron entre médicos y pediatras, que son quienes pueden remitir pacientes al nivel especializado. Significa que **nuestra capacidad de resolución es superior al 90%**.

El 85% de la población considera bueno o muy bueno el cuidado recibido en la Atención Primaria.

### **¿POR QUÉ NO INTERESA DARLE PRIORIDAD A LA ATENCION PRIMARIA?**

Desde junio de 2006 fecha en la que toma posesión el Consejero Nieto, las políticas para implantar un sistema sanitario privado han tomado mayor fuerza. Son **políticas económicas especulativas, sustentadas por los intereses de empresas privadas, aseguradoras, fondos de inversión y otra gran amalgama de industrias de electro-medicina y farmacia** a cuyos intereses **se han rendido** el Consejero y la Gerente del SERIS.

Esta orientación económica ofrece más atención de las empresas hacia la atención especializada u hospitalaria, **borrando del mapa la Atención Primaria**.

Con estas fórmulas las empresas tienden a lucrarse cada día más.



Deberíamos recordarle al consejero sus compromisos ***“mi gestión se caracterizara, por el dialogo y la transparencia, tanto en sus relaciones con los profesionales, como con los sindicatos, porque sin su participación y complicidad el proyecto no saldría adelante. Hemos de hablar claramente las cosas, llegar al fondo del problema y darle solución”***

No solo ha **incumplido** si no que ha **mercantilizado y fragmentado** el sistema de salud en lugar de apostar por un enfoque de la salud global, integral y universal.

FSP UGT ya ha denunciado esta situación en el **primer informe sobre la sanidad riojana en marzo de 2014**, donde un importante cúmulo de empresas ya se lucran de la actividad sanitaria pública, especialmente Viamed Salud SL o Alliance Medical La Rioja SL entre otras.

Ésta es la verdadera razón por la cual **resulta necesario restarle protagonismo a la Atención Primaria y hacerla intangible a la población**. Interesa que deje de funcionar lo público para que como ya se ha realizado en la comunidad Valenciana e intentado en Madrid, se comiencen a privatizar también los centros de salud, se dé peor asistencia y aumente la contratación de seguros privados.

Si en nuestro primer informe sobre la “Verdad sobre la sanidad en La Rioja”, concluíamos que se hace necesario el cese del Consejero de salud por influir de forma clara en el cambio del sistema público al privado, ahora hemos de añadir que en el ámbito de la Atención Primaria, el **Consejero “ni está ni se le espera” y algunas cuestiones expuestas en este informe ponen de manifiesto la incapacidad del mismo y de su equipo de dirección**.

**La Federación de Servicios Públicos de la UGT, hace un llamamiento a la sociedad y especialmente a los y las profesionales del sistema sanitario público, para seguir comprometiéndonos con una Atención Primaria y Hospitalaria Pública y Universal con servicios de mayor calidad, donde también se reconozcan y protejan nuestros derechos laborales.**

Por parte de FSP-UGT asumimos el compromiso de continuar denunciando y aportando elementos de juicio que sirvan como acicate en la gestión sanitaria pública en La Rioja.

En Logroño, a 09 de febrero de 2015



**FSP**  
Servicios  
Públicos



**La Rioja**