

# La FADSP ante el documento “Recomendaciones para el diseño de estrategias de salud comunitaria en Atención Primaria a nivel autonómico”

El 9 de agosto la Ponencia de Promoción de la Salud y el Comité Institucional del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria aprobó el documento “Recomendaciones para el diseño de estrategias de salud comunitaria en atención primaria a nivel autonómico” (<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/AtenPrimaria.htm>).

La FADSP ha contribuido con aportaciones a su redacción. Consideramos que es el momento de hacer una valoración del resultado final del trabajo realizado.

Lo primero que queremos reseñar es la importancia de la cuestión tratada. A principio de los 80 el debate de la reforma sanitaria era si los servicios básicos ofertados serían de asistencia de calidad siguiendo el modelo “médico” o serían servicios de atención primaria con orientación comunitaria. Asistencia o Atención. La ley General de Sanidad se inclinó por la atención integral como proponía Alma Ata y recogía la tradición española del cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria (APD) que combinaba la clínica con la salud pública desde los tiempos de la República.

A pesar de la orientación legislativa, el desarrollo de la medicina comunitaria en los centros de salud ha sido escaso e irregular, abandonado a iniciativas voluntaristas de los profesionales motivados que “creían” en ella, y, por supuesto, sin presupuestos ni consideración organizativa específica. Actos de fe más que de desarrollo del modelo.

Estas razones y también nuevos enfoques teóricos (prescripción social, mapas de activos, modelo de

determinantes sociales en su aplicación a la clínica) han sido las que han motivado la aparición de las “Recomendaciones...”

La FADSP es consciente de que muchos documentos del Ministerio son un conjunto de buenas intenciones que acaban en los cajones de las distintas Consejerías de Salud. Baste citar el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Allí se especifica que las actividades de prevención y promoción de la salud se prestarán, tanto en el centro sanitario como en el ámbito domiciliario o comunitario. Citamos a modo de ejemplo actividades de educación para la salud grupales como la atención al tabaquismo, en el campo clínico la atención al embarazo y puerperio, atención al climaterio, programas dirigidos a los adolescentes, de entre las enfermedades crónicas se cita la obesidad etc. Que sepamos, no todos los centros de salud desarrollan estas actividades y con la pandemia prácticamente han desaparecido casi en su totalidad.

w

Por esta razón el trabajo de la FADSP en el grupo ha sido intentar pasar de las declaraciones filosóficas de principios asumibles por todos, a las actividades concretas fácilmente evaluables. En esto el documento final significa un progreso respecto a lo previo porque no solo introduce los nuevos conceptos (modelo de determinantes, prescripción social, mapa de activos...) sino que organizativamente propone:

- La ampliación y desarrollo del Servicio de Atención Comunitaria de la Cartera Básica Común de Atención Primaria, dotándola de los recursos necesarios.

- La regulación normativa de los espacios formales de participación como los Consejos de Salud.
- La organización de la agenda profesional teniendo en cuenta las actividades de la estrategia de salud comunitaria, estimando los tiempos necesarios para realizar actividad grupal y comunitaria y reconocer dicho tiempo dentro del horario laboral.
- La inclusión de objetivos específicos cuantificables anuales pactados en los contratos de gestión, estableciendo incentivos económicos, de horario y/o carrera profesional vinculados al desarrollo del desempeño en salud comunitaria.
- La dotación de presupuesto específico necesario a todas las acciones.

A nuestro juicio se podía haber avanzado más en la concreción, en la implicación en la medicina comunitaria de los Hospitales, en la colaboración operativa de los centros de salud con los departamentos de Salud Pública y en la devolución a los centros de su capacidad planificadora en un modelo más descentralizado.

Pero el problema no es afinar más en el contenido, sino el cumplimiento de las recomendaciones del Ministerio por parte de las Comunidades Autónomas. Ahí está el problema político de base. El SNS camina hacia la inequidad y el Estado deberá decidir, por encima de las CCAA, cuál es la orientación de un servicio básico para los ciudadanos y qué normas son de obligado cumplimiento.

## LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LAS CCAA. INFORME 2022 (XVIIIº Informe)

FADSP

### CRITERIOS ANALIZADOS

Se han utilizado los siguientes parámetros, que todos ellos son utilizados en las valoraciones de los sistemas sanitarios mundiales por la OCDE, OMS, Eurostat, HAQI (The Lancet) e indicadores claves del SNS.

#### Financiación, recursos y funcionamiento:

- 1)** Gasto per cápita en 2022, calculado a partir de los Presupuestos aprobados por las CCAA para 2022, divididos por el número de habitantes (censo de población INE).
- 2)** Camas por 1000 habitantes: número de camas por CCAA (Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado. Ministerio de Sanidad y Consumo) dividido entre la población.
- 3)** Camas por 1.000 habitantes de los servicios sanitarios públicos de las CCAA (Catalogo Nacional de Hospitales).

**4)** Quirófanos /1.000 habitantes (MS).

**5)** Tomografía axial computarizada (TAC) y resonancias magnéticas (RM): número de equipos por millón de habitantes (Ministerio de Sanidad).

**6)** Médicos generales de atención primaria por 1.000 habitantes (Ministerio de Sanidad)

**7)** Profesionales de enfermería en AP por 1.000 habitantes (Ministerio de Sanidad).

**8)** Médicos de atención especializada por 1.000 habitantes (Ministerio de Sanidad).

**9)** Profesionales de enfermería de atención especializada por 1.000 habitantes (Ministerio de Sanidad).

**10)** Porcentajes de cesáreas por partos atendidos (Ministerio de Sanidad).