

LA COLMENA

La Cartera de Servicios de Atención Primaria



Juan José Dorado
Martín

Médico

Estamos empezando el nuevo año, y con él se ha implantado la nueva Cartera de Servicios (CS) del SES de Atención Primaria. Si tuviéramos que definir las características de la misma, diría que son dos las principales: integral y de calidad.

Es integral por diferentes motivos: 1) Por primera vez se considera como única la actividad asistencial y la de salud pública que deben hacer los EAP, y digo bien, que deben hacer los EAP. 2) Integra el antiguo programa de salud escolar, que pasa a formar parte de la CS. 3) Está pensada para que se desarrolle íntegramente por el EAP. 4) Incluye servicios específicos dirigidos a toda la población, al individuo (en todos los tramos de edad), la familia y la comunidad, predominando los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En cuanto a la calidad, creo que es la diferencia fundamental con la antigua cartera existente hasta ahora. Calidad de los servicios en general, y calidad de las actuaciones de los mismos en particular. Servicios como el de Atención al Paciente con necesidad de Cuidados Paliativos, la Consulta Preconcepcional, Atención al Cuidador del paciente dependiente, Alertas alimentarias o el control oficial de establecimientos de comidas preparadas; y actuaciones como la realización de retinografías al paciente diabético, elaboración del genograma familiar, valoración de enfermería por patrones funcionales o la trazabilidad de los alimentos son muestra de la calidad que atesora nuestra Cartera.

La CS de Atención Primaria está concebida para aumentar el nivel de salud de la población extremeña, por un lado, y

... está concebida para aumentar el nivel de salud de la población extremeña... y para facilitar que los profesionales hagamos aquello que sabemos hacer, prestar cuidados de salud...

para facilitar que los profesionales hagamos aquello que sabemos hacer, prestar cuidados de salud, por otro. También está pensada para trabajar con ella en soporte informático, que junto con la Historia Clínica única informatizada debe ser una realidad en los próximos meses. Y, por último, está diseñada para durar muchos años, por lo que no hay que asustarse si en los primeros años de rodaje de la misma no se desarrollan todos los servicios, lo que sería muy pretencioso por parte de los responsables sanitarios.

Para lo que no está concebida la CS es para dar dinero -aunque sea una cartera-. Digo esto porque uno de los motivos por los que la CS anterior se desprestigió, a mi modo de ver, fue porque era la única referencia utilizada por la administración sanitaria para distribuir los escasos incentivos económicos entre los profesionales de los EAP, como sabemos, la mayoría de las veces más que incentivar han servido para todo lo contrario. Es lamentable que a lo largo de los años de vigencia de la anterior CS, cual reflejo condicionado de Paulow, hayamos asociado la misma a incentivos, cayendo en muchos casos en el registro de datos solo para cumplir cartera. Probablemente deba formar parte de los criterios de incentivación, pero no debería ser el único ni el más importante, pues volveríamos a caer en los errores del pasado.

La CS debe ser la referencia para el trabajo de los profesionales de AP, no el único, y servir de base para la coordinación con el segundo nivel asistencial, o más bien para el abordaje integral de la asistencia, ya que no parece comprensible que en un contexto de Gerencia Única en el que nos movemos

los profesionales de los dos niveles asistenciales fundamentales (AP y Atención hospitalaria), además de diferentes unidades intermedias, trabajen sobre las mismas patologías de espaldas unos con otros. Por tanto, procede completar las actuaciones de los profesionales de otros niveles asistenciales sobre las patologías contempladas en la CS y coordinar bien los mismos, aumentando así la eficiencia del SSPE.

La CS debería ser desarrollada íntegramente por el EAP, lo que potenciaría de forma real el tan manido papel preponderante que debe tener la AP en el sistema sanitario, que lamentablemente después de casi 30 años desde Alma-Hata no se acaba de ver, por diferentes motivos. Pues bien, creo que estamos ante una oportunidad extraordinaria para hacer realidad ese papel de la AP, pero para ello son necesarias varias premisas: 1) Que nos lo creamos los profesionales. 2) Que se lo crean los gestores. 3) Que se adecúen las estructuras. 4) Que se establezcan ratios de población/UBA coherentes (no más de 1600 TIS/UBA). 5) Que se potencie el papel de otros profesionales -enfermeros, farmacéuticos, veterinarios...- dentro del EAP. Todo, junto a otras medidas contempladas en la Estrategia AP 21, debería servir de revulsivo para invertir la tendencia actual de la AP.

Estamos en un momento difícil para Atención Primaria, especialmente por la falta de profesionales, así como por la implantación de las nuevas tecnologías, que siempre generan recelos y rechazo, pero hay que pensar con perspectiva y ver que es una realidad que los futuros médicos de Familia tendrán una formación especializada de cuatro años, y que la informatización mejorará la gestión del tiempo de los profesionales, por lo que dentro de unos años, si se sabe canalizar bien, la Cartera de Servicios se debería desarrollar íntegramente por los EAP. Es una meta alcanzable que permitirá a Atención Primaria desempeñar el papel que de ella se espera en el SSPE.

Extremadura, a la vanguardia en el abordaje de las drogodependencias



Carmen Moya
García

Delegada del
Gobierno para el
Plan Nacional de
Drogas

Es para mí una enorme satisfacción el hecho de que la Junta de Extremadura haya aprobado recientemente el Plan Integral sobre drogodependencias y otras Conductas Adictivas (PIDCA). Es indudable que este nuevo Plan, cuyos principios rectores están en línea con las últimas directrices europeas y nacionales sobre drogas, va a permitir a Extremadura consolidar los logros alcanzados en esta materia, que son muchos, situándola a la vanguardia del abordaje de las drogodependencias en nuestro país.

Desde la creación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985, Extremadura ha sido una de las comunidades más ágiles e innovadoras a la hora de adaptar sus recursos a las necesidades cambiantes de la sociedad extremeña en el ámbito de las drogas. Esta comunidad ha sido pionera en la integración de las drogodependencias dentro de la red asistencial del Servicio Extremeño de Salud, integración que otras Comunidades están tratando de llevar a cabo en la actualidad. A ello se une un importante movimiento asociativo, muy consolidado, cuyo dinamismo le permitirá extender su actuación al ámbito nacional, si así lo desea.

Todos estos logros han sido posibles gracias al Plan Integral de Drogas (PID), vigente hasta ahora. Sin embargo, los cambios experimentados en los consumos de drogas y la identificación de nuevas conductas adictivas hacían necesario el desarrollo de un nuevo Plan Integral, capaz de ofrecer respuestas a las nuevas demandas de la sociedad y facilitar la adaptación a los cambios que puedan producirse

Extremadura ha sido una de las comunidades más ágiles e innovadoras a la hora de adaptar sus recursos a las necesidades cambiantes de la sociedad extremeña en el ámbito de las drogas.

en un futuro. Aspectos como la relación entre consumo de drogas y ocio, el papel de los medios de comunicación social, o las intervenciones en el ámbito laboral, que se incluyen en el PIDCA, son algunos de los elementos clave que los responsables sanitarios debemos tener en cuenta si verdaderamente queremos aumentar la eficacia de las intervenciones públicas en materia de drogodependencias. Eficacia que, sin duda alguna, Extremadura va a poder incrementar con este Plan Integral sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas.



Certamen Pintura 2007



Pedro Prieto
Lomba

Enfermero

1º Premio
Certamen de Pintura
2007

