

OPINIÓN

**Diario de la crisis desde las consultas de atención primaria.
Nacimiento de un grupo de trabajo de la SVMFIC.**

Sandra Robles Pellitero¹, Luis España Cruaños², grupo de trabajo³.

1. R4-Medicina de Familia y Comunitaria. Consultorio Auxiliar de Navajas. Castellón.
2. R2- Medicina de Familia y Comunitaria. C.S Burjassot I. Valencia.
3. Miembros del Grupo de Trabajo de Tercer y Cuarto Mundo de la SVMFIC.

Sandra Robles Pellitero.
E-mail: burbu516@gmail.com

Recibido el 12/01/2015
Aceptado el 19/05/2016
Publicado el 24/05/2016

Citar como: Robles Pellitero S.; España Cruaños L.; Grupo de trabajo de Tercer y Cuarto Mundo de la SVMFIC.
Diario de la crisis desde las consultas de atención primaria. Nacimiento de un grupo de trabajo de la SVMFIC. fml. 2016; 20(20):4p

El Grupo de Trabajo de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria (SVMFIC) del Tercer y Cuarto Mundo está formado por una treintena de Médicos especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria y Residentes de esta especialidad, que en la primavera de 2014 nos reunimos preocupados por el incremento, en los últimos años, de graves problemas socio-sanitarios, de sufrimiento social y de malestar emocional en la población que atendemos a diario en nuestras consultas del sistema de salud valenciano. El punto determinante que desencadenó el inicio del movimiento más activo dentro de los Médicos de Familia de la Comunidad Valenciana fue la aparición del Real Decreto RD 16/2012¹ y su aplicación en nuestro medio, por el cual se cambió el modelo universal de asistencia sanitaria por un modelo de aseguramiento, un retroceso al sistema vigente en 1978 en España.

¿Cuál es nuestra impresión diagnóstica? Con las medidas restrictivas y de ahorro presupuestario en políticas públicas de bienestar social y sanidad, estamos asistiendo a un deterioro rápidamente progresivo de la salud de los habitantes y del sistema sanitario español. Ante esto nos planteamos: ¿Qué podemos hacer?

El documento sobre el impacto de la crisis sobre la salud, elaborado y publicado por la Sociedad Española de Salud Pública (SESPAS)² en 2014, informa que, desde 2008 con motivo de la crisis económica mundial y el estallido de la burbuja inmobiliaria se han promovido políticas de recortes y privación que han generado un cambio de escenario social. En estos momentos los datos disponibles ofrecen información de las trascendentes consecuencias de la reducción del presupuesto público destinado a Sanidad: la eliminación de contratos entre los trabajadores de la sanidad en los dos últimos años^{3,4} los contratos precarios tanto para sanitarios como para administrativos del sistema público⁴, el aumento de las listas de espera⁵, la privatización externalización de algunos servicios médicos³, la desfinanciación de medicamentos^{4,6} y la aparición del copago sanitario^{2,3,7} que contribuye al incumplimiento terapéutico, la exclusión de los inmigrantes irregulares poniendo fin a la universalidad del sistema nacional de salud^{3,5,6} y un largo etcétera.

Los riesgos para la salud de la población en momentos de restricciones económicas en políticas sociales están condicionados a la evolución negativa de los determinantes sociales^{2,5,7,8}. Es decir, que dependen de cuestiones como las que

actualmente se constatan en nuestro país, tales como: aumento extremo del desempleo (en el primer trimestre del año 2013, un 27% de desempleados, y un 57% de paro juvenil)^{3,7,8,9}, la reducción de los subsidios³, la precarización del empleo^{4,5,6}, la mala remuneración en jornadas maratonianas, el aumento de los desahucios^{5,7,8}, los recortes en las ayudas para las personas discapacitadas y/o dependientes^{3,5,9}, el deterioro de la red de centros de día y residencias públicas³, la reducción del número de becas escolares¹⁰, la reducción del consumo, el encarecimiento de la energía que impide el uso de la calefacción, condicionando la pobreza energética de muchas familias, la pérdida de poder adquisitivo de los pensionistas que a menudo soportan el mantenimiento familiar^{3,5,9}, la dificultad de los jóvenes para independizarse o el regreso a la casa familiar³ entre otras.

Proporcionando datos, la Fundación EDUCO y el informe SESPAS de 2014 estiman que, en España, tras 6 años de crisis, hay una quinta parte de la población en riesgo de pobreza o de exclusión social (32,6%), entre ellos, dos millones y medio de niños menores de 14 años^{2,10}. También advierten de que tener más de 2 hijos aumenta en un 50% el riesgo de pobreza, estando en esta situación casi la mitad de familias monoparentales. Además, a finales del año 2012 en más de 400.000 hogares no se percibía ningún ingreso, según la Encuesta de Población Activa del último trimestre del año 2012. Es conocida la asociación inversa entre gasto social y mortalidad^{2,10}, siendo los menores los más golpeados por la pobreza. Según datos de un estudio publicado por la Fundación Bertelsmann Stiftung¹¹, España ocupa el 21 lugar de los 28 de la Unión Europea en desigualdad social, generando una brecha que inevitablemente conduce a desigualdades en salud. El coeficiente de Gini que mide esta desigualdad social ha pasado de 0,31 al principio de la crisis a 0,34 en 2012².

Todos estos factores llevan a una conclusión inevitable: nuestros pacientes son más pobres, tienen peor acceso a los elementos para una vida sana, están más tristes, estresados, ansiosos, somatizan su malestar emocional, tienen más baja autoestima, consumen más alcohol y padecen la reducción de la calidad y la intensidad de la asistencia sanitaria que necesitan^{2,8,11}. Recordemos que el aumento del sufrimiento social generalizado, de la desilusión y del descontento colectivo a causa de la crisis genera nuevos motivos de consulta en Atención Primaria y distintos modos de enfermar y vivir^{2,3,12}.



La salud mental es la más afectada por las consecuencias de la crisis hasta el punto de que la probabilidad de padecer un trastorno mental es tres veces mayor entre los hombres en situación de desempleo o con precariedad laboral. Existe una correlación directa entre el empeoramiento de la salud mental y el desempleo, el trabajo precario y el aumento de la pobreza^{2,3,7}

Según Benach¹¹ se produce una “recesión humana” al tratar de ocultar el drama y sufrimiento social cuando se imponen los indicadores macroeconómicos en contraposición con políticas e indicadores de bienestar social^{4, 5}.

Los Médicos de Familia somos guardianes de la salud y archiveros de la biografía de nuestros pacientes; a partir del 2008 entre los datos y vivencias del individuo y de la comunidad hemos registrado el crecimiento de las desigualdades en salud^{2,7}: los determinantes generales que marcan la situación base de los pacientes empiezan a incluir términos como precariedad en la vivienda o en el empleo o en el acceso a una alimentación completa diaria. Ya no sólo el colesterol o la hipertensión se recogen como factores pronósticos de calidad de vida o supervivencia; el código postal⁹ puede determinar la salud y la esperanza de vida. Ejemplo de ello lo tenemos al saber que un fumador de una categoría profesional inferior tiene más riesgo de enfermar y morir que un fumador de una categoría profesional superior. Se empiezan a buscar y conocer estudios de mortalidad temprana y factores sociales de riesgo para la salud^{2,9}.

Las desigualdades en salud, definidas por Benach¹¹ como diferencias en salud, innecesarias, injustas y evitables, han existido siempre, incluso antes de su definición. Sin embargo, en este país y a raíz de la crisis económica actual, se han incrementado creándose grandes diferencias sociales^{2,3,4,5,9,10}.

Dicho esto, es responsabilidad de los profesionales de la sanidad y de las instituciones de la sanidad y la salud pública la vigilancia y monitorización de la evolución de los problemas de salud y sus determinantes para evitar en lo posible situaciones irreversibles^{2,9}. Es importante detectar los problemas y sus causas. La crisis puede servir para estimular la reorientación de los servicios sanitarios de acuerdo a la Carta de Ottawa, desde la perspectiva de promoción de la salud, fomentando el trabajo colaborativo, interdiscipli-

nar y con actividades preventivas comunitarias desde la Atención Primaria^{2,6,9}. La meta debe ser la mejora del bienestar de la población que tiene que ver en buena parte con la salud, contando con la participación activa de los ciudadanos, sin olvidar fomentar la sinergia que se consigue en el trabajo entre la Salud Pública y la Atención Primaria^{2,9}.

Los Médicos de Familia, gracias a nuestra privilegiada posición, que nos permite observar, recopilar y registrar la aparición y el aumento de dichas desigualdades sociales, podemos asumir el compromiso de visibilizar estas situaciones y en la medida de lo posible buscar y aportar soluciones.

En nuestro caso a través del grupo de trabajo denominado de Tercer y Cuarto Mundo de la SVMFiC¹³, pretendemos informar, formar y sensibilizar a los Médicos de Familia sobre el sufrimiento social dentro de las consultas de atención primaria así como investigar sobre las posibles herramientas para su abordaje y su visualización.

Como se ha mencionado anteriormente, la aparición del Real Decreto RD 16/2012¹ y su aplicación en nuestro medio, que supuso una pérdida del derecho universal a la salud de 75.000 personas, fue el detonante para que un grupo de médicos de la SVMFIC nos movilizáramos, e impulsáramos junto con Cáritas y Médicos del Mundo, la creación en el otoño de 2012 del Observatorio del Derecho Universal de la Salud en la Comunidad Valenciana (ODUSALUD)¹⁴, cuyo objetivo es “velar por el cumplimiento del derecho universal a la protección de la salud de los ciudadanos, especialmente en poblaciones que se encuentran en situación de riesgo de exclusión social”. Actualmente constituido y apoyado por 75 entidades civiles, entre ellas colegios de profesionales, asociaciones de vecinos, ONGs de la Comunidad Valenciana, la propia SVMFIC, y otras. Ha presentado en Noviembre de 2014, su 9º informe con 1004 casos de desatención sanitaria desde que el observatorio comenzó a recoger incidencias, siendo de ellos 74 registros de no atención a menores. Con lo que se ha evidenciado que la aplicación del mencionado RDL¹ está provocando incumplimiento de la propia Ley y de los Derechos Fundamentales de los menores, ya que en cualquier caso todo menor debe ser atendido, aparte de lo que significa que personas sin recursos e irregulares pierdan el derecho a una atención sanitaria pública. Entrar en profundidad



en las consecuencias de la aplicación de este RDL¹ se escapa del objetivo de este artículo. La información respecto a este RDL¹, ODUSALUD y sus informes se pueden encontrar y descargar en: <http://odusalud.blogspot.com.es/>.

Así, impulsados por la creación de ODUSALUD y por la persistencia de las difíciles condiciones sociales para muchos de nuestros pacientes, nos organizamos en un Grupo de Trabajo, con el objetivo de divulgar, denunciar y concienciar sobre la problemática existente en los microambientes que suponen la consulta de Atención Primaria y Comunitaria atendiendo así al cuarto mundo.

El Grupo de Trabajo de Tercer y Cuarto Mundo de la SVMFiC se ha hecho eco y es partícipe de la idea de que los determinantes de salud son una parte importante del desarrollo de las enfermedades y de las formas de enfermar y morir.

Mentalizados sobre este tema nos hemos dispuesto a hacerle frente. Para ello y con la idea de dar a conocer la problemática desde un punto de vista científico hemos revisado bibliografía, ofrecido comunicaciones en congresos, interviniendo también en diferentes medios de comunicación para hacer oír nuestra voz, dando talleres de formación sobre ODUSALUD, los determinantes sociales, el impacto de la crisis en las consultas de Atención Primaria entre nuestros socios o en la Universidad. Ante problemas puntuales como el riesgo de cierre de los comedores escolares de la Comunidad Valenciana en período estival, escribimos una carta a las autoridades municipales oponiéndonos por las repercusiones en materia de salud infantil que podrían ocasionar, proponiendo soluciones a esa situación. Siguiendo la estela de ODUSALUD instamos a la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria a adherirse a la Declaración de Granada que analiza las consecuencias de la aplicación del RD 16/2012 y solicita su retirada por ineficaz e injusto con la población más vulnerable.

Por otra parte, el interés de algunos socios por temas de cooperación y ayuda humanitaria, así como la globalización que nos hace ser más conscientes de que el sufrimiento social no entiende de fronteras, ampliamos nuestros objetivos difundiendo información sobre las dificultades y las posibilidades de ayuda a las poblaciones del tercer mundo, ofertando cursos de formación, contactos con ONGS, etc.

Para la divulgación de nuestras actividades, así como para informar y como herramienta de en-

lace entre distintas entidades, asociaciones y ONGs creamos un blog de consulta gratuita, sin financiación ni conflicto de intereses por parte de los firmantes que se puede consultar en la página <http://terceriartmon.blogspot.com.es>

En este grupo de profesionales creemos firmemente que no somos los únicos angustiados por la situación que hemos descrito o deseosos por aportar nuestro esfuerzo para mejorar la calidad de la Sanidad Pública en España. Por eso invitamos a los sanitarios interesados o a quien quiera consultar alguna duda que se pongan en contacto con El Grupo del Tercer y Cuarto Mundo a través del siguiente correo electrónico: terceriartmon@gmail.com

1 Real Decreto Ley 16/2012 de 20 abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado, nº 98, 24 abril 2012.

2 Segura Benedicto, A. Recortes, austeridad y salud. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit 2014;28(S1):7-11.

3 Legido-Quigley H, Otero L, Parra D, Álvarez-Dardet C, Martín-Moreno JM, McKee M. Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? BMJ 2013;346: f2363.

4 Arie Sophie. Has austerity brought Europe to the brink of a health disaster? BMJ 2013;346: f3773.

5 Boix P. Toxieconomía y salud en tiempos de crisis. Viento Sur. 2012; 120: 99-107.

6 Gimeno Feliu LA, García Camacho A, López-Vélez R. Salud e inmigración en el contexto de esta crisis económica y de valores: el ejemplo de España. Eu-topías. 2013; 7: 121-130.

7 Heath I. Medicina General en tiempos de austeridad. AMF 2013; 9(11): 618-623.

8 Minué, S. La austeridad como factor de riesgo. AMF 2013;9(11):603-604.

9 Cofiño Fernández, R. Tu código postal puede modificar tu código genético. AMF 2013; 9(9):483-484.

10 Pascual Roig, C. La regresión de los derechos de la infancia en España 2007-2013. EDUCO: Cooperación y educación para la infancia. 2013.

11 Schraad-Tischler D, Kroll Christian. Social Justice in the EU- A Cross-national Comparison. Social Inclusion Monitor Europe (SIM) . Bertlmann Stiftung 2014. Disponible en URL: http://news.sgi-network.org/uploads/tx_amsgistudies/Social-Justice-in-the-EU-2014.pdf

12 Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud. El viejo topo. España. 2005.

13 Blog del Grupo de Trabajo Tercer y Cuarto mundo Disponible en URL: <http://terceriartmon.blogspot.com.es/>

14 Blog de ODUSALUD. Disponible en URL :<http://odusalud.blogspot.com.es/>

