

## **LEHEN MAILAKO ARRETAREN EGOERA KRITIKOA GAINDITZEN SAIATZEKO ANALISIA ETA PROPOSAMENAK COVID PANDEMIAREN ONDOREN**

Koronabirusak eragindako pandemia baino urte batzuk lehenagotik ari zen gertatzen lehen mailako arretaren narriadura. Orain, pandemiak eragindako gehiegizko jarduerak, metaketek, profesionalen faltak eta abarrek eragindako osasun-zentroen asetzeak ezin du administrazioarentzako eta paizienteek arreta sistema gehiegikeriaz erabiltzen dutela uste duten profesional-taldeentzako zurigarri izan, hala, osasun-zentroetarako eta osasun-arretarako sarbidea mugatu dezaten.

LMAREN degradazio progresiboa finantzaketa eskasaren, baliabideen kudeaketa txarraren eta medikalizazioaren sustapenaren bidezko erabaki politikoaren ondorioa izan da. Administrazio eta talde profesional batzuek pandemiari aurre egiteko modua baliatu dute eskaera beren gogora antolatzeko. Eskaera hori honela laburbiltzen da: jarduera presentzial gutxiago eta jarduera gehiago tartean: telefonoa, telemedikuntza, posta elektronikoa, eta abar. Horrek ondorio kaltegarriak izango ditu populazio pobreenarentzat, zaharrenarentzat eta behartsuenarentzat, gutxien digitalizatzen dena delako, bai eta gaineratiko prozesu akutuen arretarako ere (minbizia, adibidez).

Profesionalek ezin dute jarrera hori defendatu, uste baitugu osasun-zentroek gizabanakoen eta herritarren beharrak konpondu behar dituztela, LMAK ez dituela desberdintasun soziosanitarioak areagotu behar, baizik eta, alderantziz, horiek murrizten saiatu behar duela; LMAK bere ebazpen-ahalmena handitu behar duela, diagnostiko-baliabide gehiago eskuratuz, eta pazienteen sarbidea erraztu behar duela, haien osasun-arazoei gehien egokitzen zaion profesionala haien eskura jarritz, bai eta haien osasun-arazo azkarrari eta konponbideari gehien egokitzen zaiona ere.

Hala ez bada, eta oztopoak jartzen jarraituz gero, kontsultak atzeratzen badira edo pazienteak beharrik gabe bideratzen badira, LMAK prestigioa galduko du, eta gero eta pertsona gehiagok ere; izan ere, aukera dutenek arreta pribatura joateko joera izango dute, konponbide azkarren bila, eta osasun-zentroak sendagaiak eta proba osagarriak eskuratzeko urrats huts gisa erabiliko dituzte.

Jarraian datozen puntuok LMAREN potentziala eta gaitasunak berreskuratzeko beharrezkotzat jotzen ditugun neurriak biltzen dituzte. Puntuok, profesionalen artean eztabaida zabala piztu nahi dute, politika publikoetan eragiteko itxaropenarekin, egungo LMAREN eredia eta baita mutualismoaren eredia (haren prestigioa kaltetzen

duena) berriz azter dadin eta Berreskuratze, transformazio eta erresilientzia Planak (18. osagaia) finantzaketa espezifiko eta nahikoa izan dezan.

1.- Azken urteetan murriztutakoa berreskuratzea, **aurrekontua (osoaren % 25eraino) eta langileen plantillak handituz** eta proba diagnostiko eta terapeutikoak egiteko oztopoak kenduz. Kalitatezko enplegu publiko egonkorra eskaintzea eta plantillak LEPen bidez egonkortzea, behar besteko maiztasunez.

2.- Osasun-zentro irekiak, **irisgarriak, herritar guztiengandik hurbil** daudenak eta itxaron-zerrendarik ez dutenak bermatzea.

3.- **Lehentasuna ematea aurrez aurreko kontsultei**, funtsezkoak baitira profesional eta pazientearen arteko harreman eraginkorra eta kalitatezko arreta lortzeko. Telefono bidezko kontsultek eta kontsulta telematikoek zeregin osagarri eta ez-diskriminatzailea izan beharko dute adinekoentzat edo teknologia berriak erabiltzeko zailtasunak dituztenentzat.

4.- **Erizaintza komunitarioa nabarmen handitzea eta lantaldeetan profesional berriak sartzea** (fisioterapia, emaginak, osasun mentala, logopedia, arreta goiztiarra, farmakologia klinikoa...), orain kanpoko deribazio bidez bakarrik eskura daitezkeenak, atzerapen izugarriekin, ondorioz pazienteen ihesa eragitenez. Langileen egiturak eta zentroen funtzionamendua aldatu gabe mediku-kontsulteren kopurua mugatzeak itxaron-zerrenda onartezinak sortzen ditu.

5.- **Administrazio-arlotako langileak gehitzea**, komunitatearekiko harremana hobetzeko prestakuntza egokia ematea eta, asistentzia-langileekin harreman estuan, zentroetan arreta-eskarien banaketa bermatzea.

6.- **Lehen Mailako Arreta desmedikalizatzea eta orientazio komunitario eta soziosanitarioa duten zainketa-aukerak eskaintzea**, biztanleriaren zahartze gero eta handiagoa eta ekitaterik eza eragiten duten egoerak (migrazioa, langabezia, pobrezia...) kontuan hartuta; autozaintza eta elkarri laguntzea sustatzea, prebenitzea eta birgaitzea erraztea.

7.- **Prozesu asistentzialak sustatzea** osasun-arretaren oinarri gisa, ospitale-mailarekiko harremana hobetzea, lehen mailako arretatik koordinatuta egotea, eta horrela haren ebazpen-gaitasuna handitzea.

8.- Osasun-zentroetan **orientazio komunitarioa garatzea, Osasun Publikoaren lankidetzarekin** eta osasunaren determinatzaile sozialak kontuan hartuta. Osasuna sustatzeko toki-administrazioen

parte-hartzea bultzatzea, komunitatearen osasunerako aktiboak identifikatuz eta sustatuz. Adineko pertsonentzako eta beste talde ahul batzuentzako **arreta soziosanitaria hobetzea**.

9.- Osasun Zonaldeak aldatzea, osasun-jarduera eta **-jarduera guztiak integratzeko gune bihur daitezen**, plangintza eta kudeaketa parte-hartzailerako tresnez hornituz.

10. Osasuna sustatzeko **herritarren parte-hartzea eta ahalduntzea** bermatzea, parte-hartze erreal eta efektiboa gauzatzeko Osasun-Kontseiluak osatuz. Herritarren parte-hartzeak ez du soilik osasun-zerbitzuak hobetzeko izan behar, baita osasuna sustatzeko estrategietan ere. Osasun Zonaldeko Kontseiluetara mugatzen bagara, ez da benetako parte-hartzerik egongo, udal-eremukoak ere izan behar dute, eta, kasu batzuetan, Oinarrizko Osasun Eremukoak.

11.- **Lehen Mailako Arretaren inteligentzia-maila sustatzea**, prestakuntza-, irakaskuntza- eta ikerketa-jarduerak sustatuz, baliabide eta ekipamendu propio eta nahikoarekin.

Egia da pandemian erizaintzan eta medikuntzan lan egiteko moduan izandako aldaketek aukera eman digutela kontsulta mota berrien zenbait abantaila ezagutzeko, batez ere telefono bidezkoa, posta elektronikoa edo bideo-kontsultak, prozedura batzuetarako irauñ ahal izango dutenak (errezetak, baja-parteak berritzea, txostenak ematea, etab.), baina uste dugu **aurrez aurreko arreta izan behar dela nagusi**, gutxienez bi arrazoirengatik. Alde batetik, profesionalaren eta pazientearen arteko aurrez aurreko harremana zailtzeak deontologia profesionalaren eta arreta pertsonalizaturako eskubidearen aurka egiten duelako, eta deshumanizatu egiten duelako, urrunduz eta artefaktuak jarriz. Bestalde, onartezina da profesionalen, BAMEen eta BAEEen graduaurreko eta graduondoko prestakuntza, telefono bidezko kontsultetan oinarritua egotea.

Logikoa denez, gutako bakoitzak, Lehen Mailako Arretako profesionalak, jarrera ideologiko desberdinak ditugu, eta baliteke erabat ados ez egotea, edo neurri batean bakarrik egotea, dokumentuan zerrendatutako puntuekin, baina, oraingo honetan, Lehen Mailako Arretaren perspektibak hain dira ilunak, ezen gure ezberdintasun logikoen gaineratik egon beharko genukeen eta ekimen hau abiaraztearekin ados agertu. Pasibotasuna, ñabarduretan dauden desadostasunak edo jarrera baztertzailak alde batera utzi behar dira gure lehen mailako arreta indartzeak atzerapen gehiago onartzen ez duenean.