

La ADSP de Madrid ante la propuesta de libre elección y área única de salud

La Atención Primaria de Salud (AP) es uno de los fundamentos del Sistema Nacional de Salud. La Ley General de Sanidad, de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), hacía pivotar nuestro sistema sanitario sobre la Atención Primaria. Desde entonces, el desarrollo de la AP ha sido básicamente el responsable del gran aprecio y credibilidad que tiene a nivel internacional el sistema sanitario español, puesto que se ha demostrado que los sistemas sanitarios basados en la AP tienen mayor capacidad de resolución, mejores resultados en salud y mayor eficiencia.

La OMS en 2008 ha vuelto a resaltar la importancia de la AP para los sistemas sanitario y la salud, en su Informe 2008 (*La Atención Primaria, más necesaria que nunca*), así como la necesidad de que todos los países profundicen, mejoren y extiendan el modelo de Atención Primaria. Es en este contexto en el que hay que situar las iniciativas de la Comunidad de Madrid; que, lejos de apoyarse en la evidencia científica y en las recomendaciones de los organismos sanitarios internacionales, intenta volver a un modelo asistencialista, desarticulado y ajeno a las necesidades de salud de los ciudadanos.

Situación de la Atención Primaria en la Comunidad de Madrid

Aunque la Comunidad de Madrid ocupa el primer lugar de España en nivel de riqueza en términos económicos, la situación de la Sanidad Pública, y especialmente la de los servicios de Atención Primaria de Salud (APS/AP), está muy por debajo de la

media de las 17 comunidades autónomas.

El número de médicos, enfermeras y personal auxiliar que trabaja en los centros de salud de la región es desde hace años inferior al de la mayoría de la otras comunidades, al igual que los recursos diagnóstico-terapéuticos y la oferta de servicios ofrecidos a la población (tabla1), según los datos del Ministerio de Sanidad.

del total del gasto sanitario, a pesar de que la AP atiende al 80% de la demanda, lo que explica el deterioro asistencial en los centros y la limitada capacidad resolutoria de los mismos. Esta situación contribuye, entre otros factores, a incrementar la enorme presión que soportan los hospitales, especialmente sobre los servicios de urgencias, algo irracional e insoportable a medio plazo y es



Tabla 1

Servicios de Atención Primaria	Madrid	Media CCAA	Diferencia en %
Habitantes mayores de 14 años por médico general	1.571	1.426	10,2
Habitantes menores de 14 años por pediatra	1.047	1.039	0,76
Habitantes por enfermera de AP	1.968	1.658	18,7
Habitantes por administrativo	4.407	3.091	42,6
% de médicos con más de 1.500 personas	65,9	47,2	39,7
Gasto sanitario per cápita en AP (€)	102	138,3	-26,0
Porcentaje gasto sanitario total dedicado a AP	11,49	13,5	-14,8

Fuente: Datos 2007 SIAP. Ministerio de Sanidad y Consumo y Presupuestos sanitarios CCAA 2008

La masificación de los centros de salud es la mayor de España (el número de cupos masificados es un 40% superior a la media), y su presupuesto de gasto es un 26% inferior a la media y está por debajo del 12%

consecuencia directa del escaso esfuerzo inversor en este nivel asistencial (el gasto en AP creció en Madrid en 2008 un 2,5%, menos de la mitad de la media española que fue del 5,6%).

En las sucesivas evaluaciones realizadas por nuestra organización (FADSP) utilizando 19 indicadores que reflejan el nivel de desarrollo, la racionalidad, la eficiencia y la calidad de la Atención Primaria en España, la Comunidad de Madrid se encuentra ubicada en el grupo de CCAA con peores resultados (percentil 25), con un total de 38 puntos sobre un máximo posible de 100 y en la posición 13 sobre 17.

A pesar de ello, para el Gobierno autonómico del PP esta situación no constituye ninguna prioridad y es el resultado de la relegación de la Atención Primaria de su política sanitaria desde hace años.

El Gobierno autonómico de Madrid ha apostado por una estrategia de deterioro para la sanidad pública y de la APS, como demuestra que el crecimiento del gasto sanitario destinado a conciertos con el sector privado se incrementara en un 51,6% el pasado año, mientras que el destinado a mejorar infraestructuras y equipamientos de los centros públicos descendiera un 35,4%. A pesar de ello, los ciudadanos siguen confiando en la misma (el 62,4% elegirían la Sanidad Pública para ir al médico general/pediatra frente a un 58,6 de media española, según los resultados del Barómetro Sanitario 2008, y los propios resultados de las encuestas de satisfacción de la Consejería de Sanidad madrileña).

Una reforma negociada dejando fuera a gran parte del sector, limitada en sus contenidos y frustrada en su desarrollo

Ante la presión social y profesional fruto del descontento con la situación de la APS en Madrid, la Consejería de Sanidad negoció el denominado Plan de Mejora 2006-2009 con los Colegios de Médicos y Enfermería y algunas sociedades de Primaria, lo que dejó fuera a los sindicatos de clase y otras asociaciones profesionales, entre ellas la ADSP de Madrid. El acuerdo ha quedado reducido a una declaración de buenas intenciones con unos compromisos presupuestarios que en gran parte no se han apli-

cado. Por esta razón, algunas de las organizaciones firmantes han denunciado el incumplimiento del plan, que ha sido abandonado sin haberse ejecutado en más del 50 por ciento de los 197 millones de euros comprometidos para este año por la Comunidad de Madrid y en el que destaca el recorte en el capítulo de personal, que ha alcanzado los 15 millones de euros¹.

La propuesta de libre elección y área única: una huida hacia el modelo privado de mercado y competencia

La Consejería de Sanidad, con el proyecto de libre elección y área única, abandona definitivamente la mejora de modelo comunitario de AP creado por la Ley General de Sanidad y recomendado cada vez más firmemente por la propia Organización Mundial de la Salud en sus últimos documentos², para imponer un nuevo modelo basado en el mercado y la competencia que ha fracasado en otros países de nuestro entorno³.

Características del nuevo modelo

1. Rompe con el modelo de atención de salud zonificada, al establecer un área única que abarca a toda la comunidad autónoma.

Consecuencias:

- ▼ La desaparición de las áreas de salud impedirá la atención de salud integral (promoción, prevención, rehabilitación) e integrada (exige la coordinación de los recursos en el ámbito territorial) dirigida a la persona, la familia, los grupos de riesgo y el medio ambiente ligados a una zona geográfica limitada.
- ▼ Dificultará o impedirá la planificación sanitaria, en función de las variables sociodemográficas, de los recursos y programas dirigidos a los problemas de salud específicos y prevalentes en cada zona.
- ▼ Hará imposible la planificación y participación ciudadana en la planificación y control de los recursos y la adaptación a sus necesidades.
- ▼ La coordinación con atención es-

El Gobierno autonómico de Madrid ha apostado por una estrategia de deterioro para la sanidad pública y de la APS

pecializada y hospitalaria, ya de por sí precaria, se hará irrealizable.

2. Amplía la posibilidad de elección de centros sanitario por los pacientes a toda la comunidad autónoma, sin embargo la atención domiciliaria será responsabilidad del centro de salud de la zona donde resida el paciente.

Consecuencias:

- ▼ Impedirá atención integrada, longitudinal y continuada de las personas.
- ▼ Supone una dificultad importante para el trabajo coordinado y de equipo.
- ▼ Acaba con la posibilidad de desarrollar planes y programas de salud dirigidos a los problemas de salud prevalentes y prioritarios.
- ▼ Riesgo de pérdida del derecho a la atención y cuidados domiciliarios o de la privatización de los mismos (externalizados a empresas privadas).

3. El paciente podrá elegir asistencia hospitalaria entre todos los hospitales de la CA aunque el médico será el responsable de programar y solicitar la consulta (será aceptada o no por el hospital o el especialista cuando las circunstancias lo permitan).

Consecuencias:

- ▼ Abre la posibilidad de rechazos de pacientes mayores, con patologías crónicas, complejas o costosas de tratar: selección adversa.
- ▼ Riesgos de corruptelas (ganar clientes).
- ▼ Aumento importante en gastos de transacción (facturación entre centros, derivaciones, etc.), que probablemente se detraerán de los recursos asistenciales.
- ▼ Hace recaer la decisión en los ciu-

dadanos en función de la «calidad percibida», no en la información contrastada.

4. Desaparecen las áreas sanitarias como instrumentos para la gestión descentralizada de los recursos y la coordinación AP-AE.

Consecuencias:

- ▼ Concentración de poder político sanitario: nueva centralización.
- ▼ Pérdida de autonomía y alejamiento de los profesionales y los ciudadanos de los instrumentos y centros de planificación y decisión.
- ▼ Dificultad de coordinación entre APS y los hospitales de referencia.
- ▼ Alejamiento funcional de los hospitales de sus áreas de influencia.
- ▼ Traslado de trabajo administrativo que ahora realizan estas estructuras (gerencias y direcciones de áreas en AP) a los centros de salud, que verán incrementar su carga de trabajo burocrático (contratos programa, compra de servicios hospitalarios, facturación de costes, etc.).

5. Libertad de elección de médico, pediatra y enfermera, imposibilitando el trabajo en equipo e ignorando que no existe esa demanda por parte de los ciudadanos.

Consecuencias:

- ▼ Desconoce que ya existe ese derecho dentro de la zona básica de salud para médico de familia y pediatra desde hace años.
- ▼ Hace recaer la decisión en los ciudadanos en función de la «calidad percibida», no en la información.
- ▼ Desaparece el trabajo como equipo esencial para la atención integral de los problemas de salud del paciente y de su entorno familiar.
- ▼ Fragmentación de la información sobre la salud y sus determinantes de los pacientes.
- ▼ Imposibilidad de aplicar adecuadamente y de manera individualizada programas de salud que exijan colaboración interprofesional cercana.
- ▼ Fomenta la competencia entre profesionales en lugar de su colaboración, lo que disminuye la ca-

La masificación de los centros de salud es la mayor de España y su prepuesto de gasto es un 26% inferior a la media

alidad asistencial y puede generar riesgos para la salud.

6. Centralización de las citas en una plataforma de citación a través central de llamadas privada.

Consecuencias:

- ▼ Pérdida capacidad de autogestión y de adaptación de las agendas.
- ▼ Dificultades para ordenar consultas.
- ▼ Creación de listas de espera.
- ▼ Riesgo de fuga de la información de los pacientes a empresas privadas (aseguradoras, empresarios, etcétera).

7. Potenciación del transporte sanitario (aunque los servicios de ambulancias ya están en manos privadas.

Consecuencias:

- ▼ Incremento de gasto innecesario para trasladar pacientes de centros y hospitales a través de toda la CA.
- ▼ Descapitalización de la sanidad pública.
- ▼ Riesgos asociados a traslados sanitariamente innecesarios: accidentes de tráfico, deterioro del estado de pacientes graves durante los mismos...

8. Sistema de información privatizado y centralizado.

Consecuencias:

- ▼ Detrae una gran cantidad de recursos económicos necesarios para su implementación, gestión y control para transferirlos al sector privado.
- ▼ Deposita una ingente cantidad de información confidencial en manos privadas. Riesgo de filtraciones a empresas o particulares.

9. Compra de asistencia por AP y entre hospitales.

Consecuencias:

- ▼ Incremento de actividad burocrática e incremento de costes administrativos asociados a la facturación entre AP y hospitales, y entre hospitales entre sí
- ▼ Gastos de marketing innecesarios para conseguir clientela.

10. Creación de mercado interno-externo (presencia de hospitales privados con áreas sanitarias, como la clínica de la Concepción o el hospital de Valdemoro) y competencia entre centros y hospitales.

Consecuencias:

- ▼ Incremento de las desigualdades entre profesionales, centros de salud y hospitales (saldrán perjudicados los de áreas más envejecidas y más pobres y, por tanto, con más necesidades de salud: ley de cuidados inversa).
- ▼ Descapitalización del sector público.
- ▼ Pérdida de transparencia en un entorno de mercado (las empresas ocultan sus debilidades y errores)
- ▼ Incremento de corrupción y de parasitación del sector público por el privado.
- ▼ Abre la posibilidad a la irrupción masiva de la sanidad privada derivando pacientes directamente a la misma: «el dinero sigue al paciente» (tal y como se hizo en el modelo propuesto por Margaret Thatcher en el Reino Unido).

Conclusiones

Se pretende introducir una mala copia de un modelo puesto en marcha a comienzos de los años 90 en el sistema de salud del Reino Unido y cuyo fracaso determinó su posterior retirada.

Frente a los problemas de un buen modelo, que ha entrado en crisis por falta de financiación, de escasez de personal sanitario, de limitaciones en el acceso a los recursos tecnológicos, con escasa autonomía y exceso de burocracia por falta de personal de apoyo y déficit organizativo, se quiere imponer un modelo obsoleto que pretende esencialmente proporcionar clientela a los nuevos centros priva-

dos sanitarios vinculados al gobierno del Partido Popular (como la multinacional CAPIO, que es dueña de la clínica de la Concepción y del hospital de Valdemoro, además de estar «ocupando» los centros de Quintana y Pontones), lo que incrementará aún más el nivel de descapitalización y deterioro de la parte pública, que será cada vez más residual y dirigida a los sectores sociales y zonas más desfavorecidas.

En resumen, la propuesta de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid sobre libre elección y área única:

1. Acaba con buena parte de los valores que caracterizan a la Atención Primaria y que la hacen ser valorada entre las mejores a nivel internacional por:
 - Ser puerta de entrada al sistema sanitario **público**.
 - Equidad.
 - Accesibilidad.
 - Longitudinalidad.
 - Continuidad asistencial.
 - Integralidad asistencial.
 - Capacidad preventiva y anticipatoria.
2. Se limita o impide una serie de actividades necesarias para garantizar la racionalidad y la eficiencia de los servicios, como son:
 - Planificación por necesidades.
 - Asignación racional recursos.
 - Coordinación entre la AP y especializada.
 - Posibilita la participación social y profesional.
3. Incrementa costes totales y sobre todo los burocráticos administrativos.
4. Impulsa la selección de riesgos en detrimento de quienes más lo necesitan.
5. Incrementa las desigualdades entre centros, áreas y personas.
6. Aumenta la burocracia y la pérdida de transparencia.
7. Concentra más el poder político sanitario.



El área única implica pérdida de autonomía y alejamiento de los profesionales y los ciudadanos de los instrumentos y centros de planificación y decisión

8. Supone un paso importante para incrementar la privatización.
9. Descapitaliza el sistema público y potencia empresas privadas afines al poder.
10. Genera un grave riesgo de pérdida de la confidencialidad de la información sobre la salud y la enfermedad de los pacientes y las personas.
11. Propende a la pérdida de calidad asistencial y sociosanitaria.

Lo que la Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid necesita no es un nuevo modelo con objetivo mercantilista y privatizador, como el que desde el Gobierno regional y la Consejería de Sanidad se nos propone, sino una apuesta decidida por el modelo público mayoritariamente vigente en nuestra región, basado en un Plan de Salud que aborde las necesidades sanitarias de la región, que aporte los recursos suficientes para el desarrollo y mejora de su calidad, que elimine incertidumbres sobre su futuro entre los profesionales y ciudadanos, y que se apoye en la negociación de las medidas necesarias para ello con todos los colectivos implicados. ■

Notas

- 1 Eco Diario.es 17/09/2008.
- 2 «Primary health care as a route to health security». WHO. Margaret Chan. Directora General. www.thelancet.com Publicado online el 15 de Enero, 2009.
- 3 Godlee F. «The market has failed». *Brit Med J* 2007; 335: 1116 – 7.

Bibliografía

- 1 Sistema de Información Sanitaria del SNS. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Información referida al año 2005. Secretaría General de Sanidad. Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo: Accesible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>. Acceso: 08-05-07
- 2 Informe del Grupo de Trabajo sobre gasto sanitario. Ministerio de Economía y Hacienda, 2007. www.mineco.es
- 3 Barómetro Sanitario 2006. www.msc.es
- 4 Informe: Evaluación de la Atención Primaria en las CCAA. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Diciembre de 2007. www.fadsp.org
- 5 Clasificación de la Atención Primaria en la CCAA. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Febrero de 2008. www.fadsp.org
- 6 WHO. «Informe sobre la salud en el mundo 2008. La Atención Primaria de salud: Más necesaria que nunca». <http://www.who.int/whr/2008/es/>