



Propuestas para recuperar la atención primaria de salud

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

ANTE LA GRAVE CRISIS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA: ENTRE LA IRRACIONALIDAD, LA MALA CALIDAD Y LA OBSOLESCENCIA.

La Atención Primaria esta sumida en una profunda crisis de racionalidad, de calidad y de accesibilidad, como demuestran las huelgas de médicos y de trabajadores de los centros de salud y de los PACs y la generalización de las protestas de buena parte de los colectivos de trabajadores:

► **Los Centros de Salud se han reconvertido en grandes consultorios médicos masificados y desbordados.**

El 85,8% de la población acudió en 2017 a una consulta de Atención Primaria (10 puntos más que en el 2001), con una me-

dia de 4,3 vistas al año frente a 4,1 en 2010¹. El 60% de los médicos atiende entre 30 y 50 pacientes al día y uno de cada 10 más de 50. WComo consecuencia el 85% dedica menos de 10 minutos por paciente y el 40%, entre cinco y siete.²

► **Con problemas de calidad y capacidad resolutive:**

La población usuaria que considera que la calidad de la atención primaria empeoro creció un 46,8%, pasando del 6,59% en el 2010 al 12,40% en el 2018³, como consecuencia del poco tiempo para atender a los pacientes (por debajo de los 5 minutos por consulta). Según un estudio publicado por la revista digital BMJ Open, los 5 minutos son límite por debajo del cual las consultas equivalen a poco más que un triaje que tienen como consecuencias un aumento irracional de la prescripción de medicamentos (polifarmacia), el uso excesivo de antibióticos y una deficiente comunicación con los pacientes⁴. Otros problemas que contribuyen a reducir la calidad de la AP son las limitaciones de acceso a pruebas diagnósticas o las dificultades de relación con los especialistas hospitalarios.

1. Encuesta Nacional de Salud 2017

2. Encuesta OCU. Atención Primaria: Médicos y consumidores piden tiempo suficiente de consulta (OCU 12 abril 2018)

3. Barómetro Sanitario 2018

4. Según la Organización Mundial de la Salud y la Red Internacional para el Uso Racional de los Medicamentos, el tiempo de consulta es una medida de calidad

• **Medicalizados e irracionales:**

La mayor parte de la actividad en los Centros de Atención Primaria se concentra en las consultas de Medicina Familiar y Pediatría (el 85% del personal médico atiende entre 31 y 50 pacientes al día) ⁵. Esto condiciona que muchas consultas de naturaleza no médica se etiqueten como enfermedades (con las consiguientes pruebas diagnósticas o tratamientos innecesarios), lo que además de incrementar el gasto y el riesgo de yatrogenia, no resuelven los problemas de los demandantes. Según algunos estudios ⁶ el 71,5% de las consultas tenían una motivación clínica, el 7,2% eran por síntomas menores, el 18,4% por temas burocráticos y 2,9% para recibir información, es decir el

80% fueron médicas mientras que el 20% no lo fueron. El elevado número de recetas (19,8 por habitante en el 2018), se asocia con el hecho de que muchas son irracionales, como muestra que los primeros puestos del ranking de prescripción lo ocupen medicamentos que no se corresponden con el perfil epidemiológico, o que los tres más recetados sean fármacos que presentan riesgos de efectos secundarios como el omeprazol (7,4%), las estatinas (6,3%) y los ansiolíticos (5,6%) ⁷.

• **Con un personal frustrado y crispado:**

La gran presión asistencial, la falta de recursos y la asunción inapropiada por el personal médico de responsabilidades propias de otros profesionales, genera una reacción de impotencia y desconcierto en este personal y una utilización irracional de su tiempo ⁸. Otros determinantes de esta situación tienen que ver con el sometimiento de la AP a los hospitales (cuando debería ser el eje del sistema); el escaso atractivo de la especialidad para una población abducida por la fascinación tecnológica; el que muchos de los nuevos profesionales no hayan podido optar a otra especialidad (MIR), y que estén sometidos a unas condiciones de gran precariedad laboral. En el año 2014 los contratos de menos de un mes supusieron el 70% del total; en el 2017 se firmaron 20.000 contratos temporales, de los que el 6,5% fueron indefinidos frente al 9,4% en otras especialidades ⁹. Esta situación tiene que ver la política de recortes de re-

ursos durante la crisis: Mientras que el gasto en atención hospitalaria creció de 934 millones en 2009 a 1.012 en 2017, el de AP se redujo pasando de 752 a 638. El gasto en personal se redujo en AP de 456 M a 418 en 2017. ¹⁰

• **Sometidos a los Hospitales:**

En el actual sistema la Atención Primaria ocupa un papel subalterno, sometida a los hospitales. Algunos intentos para mejorar la coordinación entre los dos niveles creando áreas únicas (como en la Comunidad de Madrid) o integrando la AP en las gerencias hospitalarias (Galicia), han deteriorado aún más la situación de dependencia ya que la desaparición de las gerencias de AP absorbi-

das por las hospitalarias ha supuesto una enorme pérdida de recursos, autonomía y capacidad de gestión (dadas las diferencias de poder entre ambos niveles). La AP ha pasado a ser la portera al servicio de los hospitales para seleccionar pacientes y asumir las actividades burocráticas en programas decididos por los jefes de servicio hospitalario (sin participación de la primaria).

• **Aisladas del resto de recursos y estructuras de las áreas sanitarias. :**

La coordinación con el nivel hospitalario es casi inexistente (pe-se a la generalización de la Historia Clínica Electrónica), y lo mismo ocurre con los de Salud Pública, Salud Laboral o atención a la dependencia, a pesar del incremento del envejecimiento, la cronicidad o la pobreza tras la crisis. El modelo de AP integral, integrada y eje del sistema diseñado por la Ley General de Sanidad no se desarrolló en su totalidad por lo que el cambio quedó en una mejora de la asistencia clínica. Las áreas sanitarias han quedado relegadas a meros espacios poblacionales sin instrumentos para la gestión integrada ni para la coordinación de los recursos sanitarios y no sanitarios, función que fue asignada inicialmente a la AP.

► **Los Centros de Salud no funcionan como Equipos Multidisciplinarios.**

La coordinación con el nivel hospitalario es casi inexistente

5. Encuesta OCU. Atención Primaria: Médicos y consumidores piden tiempo suficiente de consulta (OCU 12 abril 2018)

6. Presión asistencial y redistribución de tareas: una oportunidad de mejora en Atención Primaria Aten Primaria 2011;43:522-310.1016/j.aprim.2011.05.005

7. Ministerio de Sanidad e INE

8. Una de cada 5 consultas podría ser atendida por un profesional no médico, lo que aplicado a las 5 horas destinadas a consulta permitiría ganar una hora para otras actividades (Atención Primaria 2011).

9. XXXIX Congreso de MFyC Malaga 2019

10. Salud, dinero y atención primaria. Juan Simó. Médico de familia. Centro de salud Rochapea. Pamplona. Navarra. España. ju.simom@gmail.com

- El abandono del modelo comunitario imposibilita llevar a cabo las actividades de promoción, prevención, rehabilitación y trabajo comunitario que, en teoría, definen a este nivel asistencial.
- La ausencia de cohesión y la indeterminación de funciones y responsabilidades de cada grupo profesional impide el trabajo en equipo, imposibilita la atención integral, favorece el resurgimiento del corporativismo y los conflictos entre las diferentes categorías profesionales.

► Los recortes y la falta de planificación han dejado a los centros de AP sin el personal necesario para desarrollar sus funciones

• El porcentaje de gasto sanitario público destinado a Atención Primaria descendió en 1,2 puntos, pasando de 14,9% en 2010 al 13,6% en 2016. El gasto hospitalario creció de 37.401 millones de euros (2013) a 42.533 (2017), lo que supone un aumento de casi 5.000 millones de euros frente a los 618 del de Atención Primaria.¹¹

• Las plantillas de médicos de hospital crecieron en 3.621 plazas y las de Atención Primaria se redujeron en 237. A corto plazo la falta de médicos/as puede llegar a ser dramática a corto plazo dado que en los próximos 5-6 años se jubilarán el 50% del colectivo. A esto se añade el que la precariedad laboral ha favorecido la emigración a otros países y la ausencia de planificación ha reducido las plazas de formación en la especialidad Medicina Familiar en las convocatorias MIR.

• La situación en enfermería es aún más preocupante: Mientras las plazas de enfermería hospitalaria se incrementaron en 4.847, las de Atención Primaria se redujeron en 311, a pesar de que la tasa de enfermería por mil habitantes es de 5,3 frente a 8,3 en la Unión Europea, de que el envejecimiento poblacional está disparando el crecimiento de la cronicidad y de la discapacidad, y de que únicamente el 7,9% de las atenciones de enfermería se realizan en los domicilios. Aunque la Enfermería de Familia y Comunitaria es esencial para garantizar los cuidados a la población, existen problemas para incorporar a las especialistas de enfermería comunitaria a los Centros de Salud; sigue sometida al poder de los/as médicos/as dado que gran parte de sus actuaciones específicas son decididas/ delegadas por es-

tos/as y son minoritarias las actividades de enfermería dirigidas a promover la salud de la población. La convocatoria de la prueba para la acreditación de esta especialidad lleva una demora de 9 años y sigue pendiente el desarrollo y aplicación de la prescripción de enfermería.

• Pero uno de los elementos clave que impiden desarrollar una AP orientada a abordar los problemas y necesidades de la población es la escasez de matronas, psicólogos/a clínicos/as, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería, administrativos, trabajadores sociales, higienistas dentales, especialistas en farmacia clínica y logopedas. Todos estos profesionales son imprescindibles para garantizar una atención integral e integrada de la demanda y una auténtica intervención comunitaria que supere el fracasado y obsoleto modelo médico-biologista.

► Las políticas de personal basadas en los recortes y en la precariedad, han generado un clima laboral que oscila entre el malestar y el *burnout*. Los intentos de movilización acabarán en el fracaso por la división y el corporativismo profesional.

• Los intentos de hacer unos años por movilizar a la AP colectivo como la Plataforma Diez Minutos o el Foro de la Profesión resultaron un fracaso debido a la división, la confrontación de intereses, su corporativismo (estaban protagonizadas exclusivamente por personal médico) y el rechazo a una alianza con todos los sindicatos y organizaciones pro-

fesionales. Tras algún tiempo las movilizaciones acabaron diluyéndose (o siendo abducidas por el sectorario e inoperante Foro de la Profesión), aumentando aun más la frustración y la desesperanza del personal de AP.

• Los planes destinados mejorar como la AP-21 del Ministerio de Sanidad o los Planes de Mejora de la AP (como en Galicia), basados en el consenso entre las administraciones y los profesionales quedaron frustrados tras la llegada a los gobiernos del Partido Popular que además de no creer en este modelo, basaron su política sanitaria en la privatización y la creación de un mercado sanitario (en el que el modelo de AP comunitaria tiene poco que hacer)¹². Por otro lado la reciente estrategia de AP aprobada por el Ministerio tiene el gran problema de carecer de un compromiso económico lo que la convierte en una declaración de intenciones.

Los recortes y la falta de planificación han dejado a los centros de AP sin el personal necesario para desarrollar sus funciones

11. Gasto sanitario público consolidado según clasificación funcional. Millones de euros. España, 2013-2017. Mº Sanidad

12. El Plan e Mellora da Atención Primaria de Galicia 2007-2011 estableció una serie de indicadores: Personal administrativo (debería de haber 1 por cada 3 facultativos/as); trabajadores/as sociales (1 por cada Servicio de AP o área básica de salud); matronas (1 por SAP); auxiliares de enfermería (1 por cada Centro de Salud); fisioterapeutas (1 por cada 10.000 tarjetas individuales); odontólogos/as (e higienistas dentales (1 por cada 20.000 tarjetas); psicólogos (1 por SAP), logopedas (1 por área sanitaria) y Farmacia Clínica de AP (1 por SAP).

► **La AP ha fracasado en la estrategia de promover la salud y prevenir la enfermedad**

• Sólo en el 15,8% de las consultas en los Centros de Salud el paciente recibió siempre información y consejos sobre alimentación y hábitos de vida saludables (tabaco, ejercicio, consumo de alcohol, etc.), mientras que en el 55% esto no se lleva nunca a cabo.

• Los programas de screening poblacionales están sustituyendo las actividades de detección precoz de casos en consulta, mucho más racionales y menos yatrogénicas. El papel de la AP en estos programas es irrelevante y relegado a realizar actuaciones burocrático-mecánicas.

• No existen relaciones de los Centros de Atención Primaria con los ayuntamientos y otras administraciones locales, que además de disponer de recursos y servicios sociales, tienen responsabilidades medioambientales, higiene pública, vigilancia alimentaria, o para promover y facilitar el ejercicio físico, las actividades de deportivas o lucha contra las drogodependencias.

• Tampoco existen relaciones estables y reguladas con el sistema educativo que es fundamental para informar y formar a la población infanto-juvenil en materia de salud y lucha contra la enfermedad...

• La obesidad ha crecido del 16% en el 2005 al 20% en el 2018, mientras que el 39,3% de la población presenta sobrepeso¹³. Para abordar eficazmente este problema (que se asocia a importantes problemas de salud como la diabetes, hipertensión, problemas articulares, trastornos respiratorios, disminución de la esperanza de vida...), es necesario desarrollar actividades y programas basados en la información, educación, promoción de ejercicio físico, etc., cuya responsabilidad debería recaer en los servicios de atención primaria en colaboración con salud pública, centros educativos, organizaciones sociales y servicios municipales..

• El tabaquismo alcanza el 22,7%, y parece haber un repunte debido a la relajación de la aplicación de la Ley Antitabaco y de las actividades en AP. Entre los más jóvenes constituye una epidemia que empieza en edades cada vez más tempranas. Esta enfermedad crónica y adictiva roba más de un millón de años de vida al año en España y su erradicación precisa de un abordaje bio-psico-social, en la que el nivel primario es pieza esencial al estar organizada en equipos multidisciplinarios y cuyas características fundamentales deberían de ser la accesibilidad,

continuidad, longitudinalidad, atención integral y personalizada, algo que desgraciadamente no se corresponde con la realidad.

• Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) cada vez son más frecuentes (los casos de sífilis, infección gonocócica y clamidia no han dejado de crecer desde 1995), y se han convertido en un grave problema de salud pública por las complicaciones y las secuelas que provocan. Su erradicación pasaría por un diagnóstico y tratamiento lo más precoz posible en colaboración con el sistema educativo y las organizaciones comunitarias.

• El sedentarismo es una de las conductas con más riesgo para la salud y el 60% de los españoles entre 18 y 65 años admiten no hacer prácticamente actividad física. El 23% reconoce no hacer absolutamente nada de actividad, ni tan siquiera caminar con regularidad. Estas personas son más propensas a la obesidad, las enfermedades crónicas, la depresión o al consumo de medicamentos. La colaboración entre los centros de salud, los ayuntamientos y el sistema educativo (modelo de acción comunitaria) sería algo esencial para poner a disposición de la población los recursos necesarios para realizar ejercicio físico.¹⁴

► **La prueba del fracaso del actual modelo de AP y del riesgo de su futura degradación se objetiva en:**

1. La huida de las clases medias con más recursos económicos al aseguramiento privado:

• El 20% de la población tiene contratado un seguro privado, siendo la mayor parte de tipo ambulatorio. En el año 2010 el 44% de los actos médicos sufragados por entidades aseguradoras fueron visitas ambulatorias, de las que el 36% fueron atendidas por médicos de familia. Es más que previsible que esta situación haya empeorado dado el importante crecimiento experimentado por el sector: 3,4% en 2016, 4,24 en 2017 y 5,6% en 2018.¹⁵ El gasto en seguros ambulatorios privados per cápita en España es mucho mayor que el de otros países europeos más ricos, mientras que el gasto privado hospitalario es de los más bajos de Europa.¹⁶

• Entre los principales motivos que alegan quienes contratan estos seguros están la despersonalización, la burocratización, la rigidez y la calidad de la atención ofrecida en los Centros de Salud. En su mayor parte esta huida la protagonizan los grupos de población con mayor nivel cultural, educativo, adquisitivo y con influencia política (periodistas, jueces, parlamentarios, empresarios, etc.)

• El crecimiento de los seguros privados supone otra privatización del sistema, afecta a la continuidad y la integralidad de la atención (perjudica paradójicamente a quienes los usan). Las rebajas fiscales a quienes contratan estos seguros atenta

13. Epidemiología de la obesidad en España 2018

14. Macroestudio de escala global para analizar la evolución de la actividad física de las personas en todo el mundo OMS, publicado en Lancet

15. Instituto para la Colaboración entre Entidades Aseguradoras (ICEA) 2019

16. ¿Crecen los asegurados por seguros privados de salud durante la crisis? . saludinerap.blogspot.com

contra la solidaridad social y ponen en riesgo la sostenibilidad del sistema.

2. La población utiliza cada vez más los servicios de urgencias, en sustitución de las consultas normales en los Centros de Salud

Está creciendo de manera exponencial la demanda en los servicios de urgencias para problemas de salud que no lo son. En el 2001 supusieron el 19,9% de las consultas, en 2011 el 27,1 y en el 2017 el 30,15. Esta utilización se asocia con mayor riesgo para los pacientes por el desconocimiento por el personal de urgencias de la historia personal, familiar y clínica, por la pérdida de continuidad de la atención y la utilización irracional de la medicación (especialmente antibióticos).

La población recurre a las urgencias como consecuencia de la masificación de las consultas, los retrasos en el acceso a los Centros de Salud que presentan una demora media es 3,6 días (en muchos centros supera ampliamente la semana). El tiempo de espera para tener una cita con el/la médico/a de familia no ha dejado de aumentar en los últimos años: en el 2003 el 64% de los/as usuarios/as accedía veía a su médico/a el mismo día, en 2009 bajo al 48%, en 2014 al 43% y en 2019 al 40%¹⁷. El 42,3% de las personas que acudieron a urgencias lo hizo por no coincidir con el horario del médico/a de familia.

Si no hay un cambio la Atención Primaria Pública está condenada a volver a ser una pobre atención para los más pobres.

PROPUESTAS PARA EL CAMBIO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Esta crisis supone una oportunidad para tratar de sacar la AP de su situación de postración, deterioro y obsolescencia. Es necesario y urgente realizar un gran esfuerzo profesional y social para crear una nueva AP sostenible, de calidad, eficiente y saludable. Sin embargo los trabajadores seguimos instalados en la queja y en la búsqueda de los responsables de nuestras frustraciones. Recuperar la Atención Primaria es la clave para recuperar un sistema en crisis.

A pesar de todos los problemas los profesionales que tra-

bajan en la AP tienen la confianza de la población para liderar el cambio: El porcentaje de población que considera que recibió una atención buena o muy buena creció del 83,5% en 2010 al 88,1% en 2018; la valoración del personal médico y de enfermería supera el notable (7,6 sobre 10); los errores asistenciales percibidos por la población descendieron del 6,3% en 2010 al 5,2% en 2018. La población prefiere y confía en los Servicios de Atención Primaria Públicos (las

personas que prefieren una Atención Primaria Pública crecieron del 70,91% en el 2010 al 75,2% en 2018. Todo esto supone una oportunidad para fomentar la ilusión de los profesionales de AP y su implicación en los equipos, sin la el cambio so será posible.

Antes que nada es necesario retomar los objetivos de la Atención Primaria (Alma Ata) y el compromiso con la salud de la población, conviene recordar que uno de los objetivos

de quienes trabajan en el sistema sanitario (y en la Atención Primaria) debería ser la defensa de la salud¹⁸, si se olvida esto se pierde la esencia y se acabarán convirtiendo en un grupo profesional a la búsqueda de las ventajas que pueda ofrecerle el mercado (falsa ilusión porque el neoliberalismo propende a los monopolios privados en la provisión y el sector privado se caracteriza por peores condiciones salariales, laborales y profesionales).

Hay que recuperar la ética pública y la responsabilidad de los profesionales con el funcionamiento de los servicios públicos que son de toda la población, y que garantizan la democracia, la seguridad (seguridad frente a las contingencias de la vida: desempleo, enfermedad, catástrofes, etc.) y la equidad. Un servicio público tiene que responder a las necesidades de la población y articular y organizar sus recursos en torno a esas necesidades.

PROPUESTAS PARA RECUPERAR LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

► Política de recursos y de personal

- Incrementar el presupuesto de AP hasta alcanzar el 25% en cinco años.

Si no hay un cambio la Atención Primaria Pública está condenada a volver a ser una pobre atención para los más pobres.

17. OCU 2019

18. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Frenk J et al Lancet 2010



- Recupera las plazas de personal medico perdidas en los recortes.
- Incrementar las plazas de enfermería para en una primera etapa equipararlas a las médicas, con aumentos posteriores a medida de la enfermería adquiera nuevas responsabilidades (cuidados, atención domiciliaria, educación y trabajo comunitario, etc).
- Ampliar y consolidar la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Priorizar esta especialidad a la hora de cubrir las nuevas plazas.
- Incorporar nuevos profesionales a los equipos priorizando las plazas de fisioterapia, farmacia clínica, etc. Establecer indicadores de referencia de personal por habitante.
- Definir de manera consensuada los perfiles profesionales y mapas de competencias de las diferentes categorías laborales
- Planificar incremento de las plazas de medicina y enfermería de familia y comunitaria en las convocatorias MIR y de enfermería.

- Potenciar la salud comunitaria, salud pública y participación social en la formación de residentes. Introducir con carácter obligatorio la asignatura de medicina y enfermería de familia y comunitaria en todas las facultades de medicina y escuelas de enfermería.
- Mejoras laborales y acabar con la precariedad laboral en todas las categorías para poder recuperar profesionales que han emigrado.

► Incrementar el papel y la responsabilidad de la AP en planes y programas de salud

- Los programas y protocolos de actuación AP -hospitalaria se realizan de manera consensuada y estarán coordinados desde la AP
- Priorizar los programas y protocolos de detección precoz de casos en lugar de screening poblacionales
- Potenciar el papel de la AP en el desarrollo y aplicación de planes y programas para combatir el tabaquismo, la obesidad, ETS, promoción del ejercicio físico actividades de formación e información, con énfasis en la educación y la información ciudadana en colaboración con organizaciones sociales.
- Desarrollar Planes Comunitarios como instrumentos fundamentales para integrar, coordinar recursos, esfuerzos y actividades de promoción de la salud (centros de salud, ayuntamientos, organizaciones sociales, salud pública, etc.

► Mejorar la accesibilidad

- Garantizar la atención en consulta en 48 hs
- Dimensionar los cupos para evitar la masificación
- Abrir los centros de salud en jornada de mañana y tarde
- Incluir progresivamente el mutualismo administrativo en la AP pública, mediante la incorporación de los nuevos mutualistas.

► Cambios organizativos para garantizar la gestión integrada

- Desarrollar los instrumentos para la gestión integrada de AP, Hospitalaria salud publica, dentro de las áreas sanitarias.
- Integrar al personal de los servicios de urgencias en los Equipos de AP.
- Coordinar los instrumentos de gestión de las áreas sanitaria con ayuntamientos, servicios sociales y de atención a la dependencia.
- Abrir estas a estas estructuras a la participación social y profesional (planificación, desarrollo y control de los programas y actividades de AP).

► Política de investigación en AP

- Las áreas sanitaria diseñaran y pondrán en práctica planes de investigación para abordar los problemas y necesidades prioritarias de las mismas.
- Destinar a estas actividades recursos suficientes y sistemas de apoyo dentro del presupuesto de AP de cada área. ◆