

La crisis de la Atención Primaria y propuestas estratégicas para afrontarla

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

La política de recortes presupuestarios y de personal para cumplir con el déficit del gasto público y el desgaste de un modelo con más de 30 años ha conducido a una situación de crisis de la Atención Primaria que tiene repercusión en el acceso de la población a unos servicios primarios de calidad por la escasez del tiempo de consulta y listas de espera para acceder a la atención y sobre las condiciones de trabajo del personal.

La rebelión de los trabajadores de los Centros de Salud de numerosas Comunidades Autónomas expresada por concentraciones, boicot a las decisiones de las administraciones o convocatorias de huelga, muestran que la situa-

ción de este nivel asistencial ha llegado al límite. Tras años de frustración y resignación profesional parece surgir un movimiento contestatario que pone en cuestión el actual sistema. Esta situación vuelve a abrir una ventana de oportunidad que es necesario aprovechar si queremos cambiar la triste situación de una AP con un presupuesto absolutamente insuficiente (entre 10,9-14% según CCAA); escasez de personal resultado de los recortes de los últimos años; sometida a unos hospitales que controlan sus objetivos y actividades les traslada la burocracia indeseable y la utilizan como barrera para al entrada de pacientes; con una limitada capacidad resolutoria por falta de equipamiento y de acceso limitado a pruebas diagnósticas avanzadas; con unos equipos enfrentados entre si por unos roles mal definidos; y con un escaso prestigio so-

cial y profesional que le impide desempeñar su función de control del sistema. Hay que aprovechar la crisis para poner en marcha un proceso de reforma del modelo y que la ponga en el **EJE del Sistema** con la misión de ordenar y coordinar los recursos y actividades de todo el Sistema.

La AP es el nivel con capacidad desarrollar las actividades de promoción y prevenir de la salud (adelantándose el daño que supone la enfermedad); facilitar el acceso de la población al Sistema en condiciones de equidad; realizar la asignación racional y eficiente de los recursos (en base a las necesidades de los pacientes); garantizar la continuidad a los cuidados de salud de las personas a lo largo de todas las etapas vitales; permitir la participación social en la planificación y control del sistema sanitario.

Desde la FADSP proponemos una serie de cambios organizativos y funcionales para hacer frente al deterioro y marginación de la Atención Primaria y ponerla en el sitio que le corresponde dentro del Sistema:

► **Incrementar los recursos** reequilibrando el reparto del propuesto sanitario hasta alcanzar el 25% en cinco años e incrementar el personal médico hasta la relación de uno a uno con los hospitalarios. Asimismo debe incrementarse el profesional de enfermería de manera significativa para llegar a un ratio de 3 por 1000 habitantes. Antes que nada es necesario reponer todos los profesionales perdidos en la crisis, recuperar el personal que ha emigrado huyendo de la precariedad laboral y planificar más plazas de formación MIR en Medicina de Familia. No es aceptable incorporar personal facultativo sin formación específica acreditada en Medicina Familiar y Comunitaria para garantizar la seguridad y la calidad de la atención.

► **Restablecer las áreas sanitarias** como espacio físico, poblacional y funcional donde planificar y asignar los recursos y coordinar la actividad de los dos niveles en función de las características y necesidades de las mismas: Los centros de salud deberán tener capacidad para gestionar sus recursos en función de sus necesidades y de la planificación del área, sometidas al control y evaluación de la población.

► **Otorgar a la AP el poder de control de los procesos asistenciales** para garantizar una atención de salud integral e integrada. Los especialistas hospitalarios deberán estar al servicio de la atención primaria en lugar de como sucede ahora en la que los hospitales controlan las derivaciones, la utilizan para controlar los flujos de pacientes. Es necesario acabar con la delegación de las actividades burocráticas a los Centros

de Salud (informes, recetas, traslados en ambulancia, etc.). Como contrapartida los servicios hospitalarios se librarán de atender pacientes y patologías que no precisen atención hospitalaria, asumida por una AP bien dimensionada de personal y recursos diagnósticos.

► **Reconducir las actividades de prevención secundaria** del sistema que debería abandonar los screening poblacionales para detectar tempranamente las enfermedades prevalentes, sustituyéndolas por la búsqueda de casos en función de los factores de riesgo detectados por los profesionales de AP en su actividad habitual.

► **Garantizar la calidad asistencial:** Incrementar la plantilla en función de las características epidemiológicas y del grado de dispersión de la población de cada centro para acabar con la masificación de las consultas hasta alcanzar una media de diez minutos por consulta.

► **Promover la racionalidad de las decisiones clínicas:** Elaborar protocolos y programas de manera consensuada con los servicios hospitalarios. Estos deberán estar basados en pruebas científicamente comprobadas.

► **Dotar de nuevos recursos a los Centros de Salud y reorientar la actividad y roles de los profesionales de los equipos** para afrontar la nueva realidad epidemiológica asociada al envejecimiento y al aumento de la cronicidad.

► **Potenciar y mejorar en sus aspectos clínicos y comunitarios:** Crear cátedras de AP en todas las universidades a cargo de especialistas de Familia; reequilibrar las rotaciones de los MIR incrementando el tiempo de formación en los Centros de Salud y rotaciones en las escuelas de salud pública (que deberían estar coordinadas con los servicios de atención primaria).

► **Reorientar las actividades de los Centros Docentes a la promoción y la atención comunitaria,** (hasta ahora hegemónizada por la atención clínica). Las actividades docentes deberían desacreditarse de manera periódica por la Comisión Nacional de la especialidad para garantizar la calidad de la docencia y su orientación comunitaria. Es necesario mejorar la dotación de personal y el equipamiento de los centros docentes y la formación de los tutores.

► **Incrementar la capacidad resolutive de los centros de Salud:** Más persona, más tiempo de consulta y suprimir las trabas de acceso a pruebas diagnósticas y recursos tecnológicos.

► **Fomentar la atención domiciliaria** para el control y seguimiento de los enfermos crónicos.

► **Potenciar las actividades investigadoras en los centros de salud:** Los centros de salud deberán disponer de un presupuesto específico para investigación. La organización de las actividades de los centros deberán garantizar un tiempo disponible para realizar esta actividad y los centros contar con el apoyo técnico (estadístico, metodológicos, de salud pública...). Hacer obligatoria esta actividad en todos los centros

► **Promover el trabajo en equipo,** asignando unos roles que garanticen el uso racional y eficiente y la atención integral de salud.

Para intentar poner en marcha esta estrategia es necesario articular una nueva alianza de todas las fuerzas y organizaciones interesadas en cambiar la Atención Primaria, para alcanzar el nivel de fuerza necesario para obligar a las administraciones a negociar y poner en marcha un nuevo Plan para Mejorarla. ◆