

Fundamentos de la Atención Primaria y evaluación de las medidas de mejora adoptadas por las Comunidades Autónomas

*Federación de Asociaciones para la Defensa
de la Sanidad Pública
Marzo de 2011*

La Estrategia AP XXI fue una iniciativa bien intencionada del Ministerio, que se puso en marcha en el año 2005 y que terminó en un documento amplio sobre medidas de fortalecimiento y mejora del modelo consolidado de la AP, que se publicó en octubre de 2006[1]. La propuesta fue la respuesta a una creciente situación de desencanto y malestar profesional que aglutinó la Plataforma “10 minutos”, un movimiento que tuvo bastante repercusión mediática y que fue un revulsivo en el adormecido acontecer de los centros de salud. Sin embargo, la Estrategia AP XXI puede quedarse en un brindis al sol, porque no se acompañó del impulso y liderazgo político necesario en una situación descentralizada de competencias, donde cada autonomía gobierna estos asuntos de la sanidad con criterios, intenciones y compromisos muy variables.

La evaluación de la estrategia, realizada en septiembre de 2009[2], es un documento de más de 200 páginas, plagado de información variopinta suministrada por cada autonomía, información que ha servido para esta evaluación pero que podría servir para otros fines (datos de morbilidad, etc...) y que muestra las líneas planas de algunos indicadores importantes, por ejemplo, en porcentaje de gasto público en AP (en torno al 14 %), o en población asignada/médico (en torno a 1.400), pero que no analiza en detalle las diferencias entre comunidades y las relaciones de esas diferencias con las políticas públicas de salud.

En la jornada de debate sobre el desarrollo de la estrategia AP XXI, celebrada en Madrid el pasado 24 de noviembre de 2010, organizada por la FADSP, representantes de la OMC, de las tres sociedades médicas de primaria (SEMFyC, SEMERGEN y SEMG) y de la Asociación de Enfermería Comunitaria coincidieron en calificar como deficiente el desarrollo de la estrategia AP XXI impulsada por el Ministerio de Sanidad, en la falta de uniformidad y de coordinación en las medidas de mejora adoptadas por las comunidades autónomas y en la necesidad de establecer un seguimiento del cumplimiento de esas medidas. Los representantes de las cinco entidades y de CCOO y UGT expresaron públicamente su compromiso para mantener conjuntamente un esfuerzo de observación sobre la evolución de la AP, así como para insistir ante el Ministerio para que se comprometiera en el desarrollo y en la vigilancia de las medidas de mejora en las diferentes autonomías.

En este documento nos proponemos analizar el grado de implantación de la Estrategia AP XXI, así como algunas de las medidas puestas en práctica en distintas autonomías, y discutir sobre sus consecuencias en la accesibilidad, continuidad y calidad de la asistencia.

Estado actual de la Estrategia AP XXI

Si la estrategia AP XXI pretendía transformar la AP en agencia de salud de los ciudadanos (Estrategia 1: E1), en la práctica no lo ha logrado. No ha mejorado la accesibilidad, y el contacto con los ciudadanos es individual y clínico. Los horarios asistenciales suelen ser rígidos; el tipo de trabajo funcional sujeto a horario fijo; las listas de espera en AP cada vez afectan a más cupos médicos y la libertad de elección está limitada por la sobrecarga de cupos. La libranza del día siguiente a la guardia, que puede parecer un logro para los profesionales, para los pacientes significa que hasta en el 33 % de los días de consulta no encuentran en la misma a su médico y/o su enfermero habituales, que poco a poco van dejando de serlo. Además se incrementa el gasto en recetas, en pruebas, en derivaciones, en IT, y, sobre todo,

aumenta el descontento entre los pacientes crónicos, que tienden a repetir la cita.

Si se pretendía mejorar la accesibilidad (E2), los progresos afectan a la cita electrónica, aunque es de pago (teléfono 902) y presenta dificultades para las personas mayores, que no aprovechan éstas y otras innovaciones informáticas.

Si se pretendía adecuar los recursos y garantizar la no existencia de listas de espera (E3), los criterios de distribución de cargas de trabajo se reducen al criterio de 1.500 usuarios/ cupo médico, sin tener en cuenta datos demográficos, el dinamismo de las poblaciones, datos socio-económicos o de frecuentación. Por lo tanto, no hay clasificación de pacientes según consumo de recursos, según tiempos de atención, según protocolos y guías o según competencias y funciones profesionales más apropiadas para atenderlos.

No obstante, en algunas Autonomías ha habido un incremento sustancial de las plantillas (hasta el 40 % en Castilla la Mancha, por ejemplo) desde que asumieron las competencias en el año 2002. Esto debería haberse traducido en mejoras en la presión asistencial, pero no ha sido así debido a la inadaptación de la demanda actual predominante (crónicos) y a la inadecuada gestión de las consultas.

Si que ha habido avances en las funciones administrativas de los centros de salud (E4). Suele haber un responsable de funciones administrativas y la telemática ayuda en las tareas burocráticas. Existen varios documentos que proponen medidas reguladoras de la burocracia, tanto de servicios de salud autonómicos, como de sociedades científicas. Algunas de esas medidas afectan a varias consejerías o precisan modificaciones en los roles profesionales de los equipos de AP, lo cual dificulta su implantación.

En cuanto a mejorar la imagen de la AP como sistema de calidad que mejora los problemas de salud de los ciudadanos (E5), se están desarrollando estrategias de marketing muy costosas que vienen desde la administración (guías de derechos y deberes, cartelería, etc...); no ha habido participación de los ciudadanos en esa estrategia y no se incluye en los objetivos de calidad la evaluación de resultados en salud. En la práctica, la evaluación se reduce a las encuestas de satisfacción. El impulso a la participación ciudadana (E6) se reduce a la constitución de consejos de salud en algunos centros. La actividad de estos consejos se concreta en un número de reuniones pactadas; no hay responsabilidad política ni coordinación con la actividad distrital o municipal; no hay ningún modelo de liderazgo, de forma que no se transmite credibilidad en este modelo de participación y, sobre todo, su papel es meramente consultivo, sin ningún carácter decisorio.

Apenas se ha avanzado en potenciar la autonomía de los ciudadanos (E7) y en la promoción de los autocuidados y la prevención de la medicalización (E8). La cartera de servicios se establece sin tener en cuenta a los profesionales y sin reciprocidad con la población (E9), aunque se reconocen mejoras en la incorporación de actividades asistenciales a la AP, como el control de la anticoagulación (INR), las retinografías, doppler, AMPA/ MAPA, ecografías, etc...

Las actividades de prevención y promoción (E10) no están estimuladas. La informatización, la telemedicina, incluso la docencia MIR, han impulsado la calidad de la atención en el medio rural (E11).

En cuanto a la capacidad resolutoria de la AP (E12), aparte de las mejoras apuntadas anteriormente (E9), sigue habiendo demoras diagnósticas importantes, listas elevadas para determinadas exploraciones, exploraciones vetadas a la solicitud directa desde AP, y guías y protocolos inoperantes entre AP y el hospital. Las mejoras en las tecnologías de la información (E13) permiten el acceso desde AP a pruebas exploratorias e informes de alta. No se accede al informe de consultas externas y los especialistas hospitalarios siguen proporcionando muy poca información, ni siquiera en papel. La historia clínica informatizada común va camino de ser una realidad, pero nunca será una panacea.

Los procedimientos administrativos en manos de los profesionales (E14), como la receta

electrónica o la expedición de partes de IT, han reducido la carga burocrática de las consultas, aunque, en muchos sentidos, los médicos de AP son el “secretario de oro” de los médicos hospitalarios.

En las patologías crónicas (E15), se ha mejorado su control mediante protocolización y la implicación de enfermería, aunque sus resultados en salud no son bien conocidos y los aspectos rehabilitadores y sociosanitarios se incorporan de manera débil y difusa. Se aprecia un estímulo al control de pacientes polimedicados y ninguno para incorporar a los farmacéuticos comunitarios en tareas de atención farmacéutica.

Las guías clínicas para mejorar la práctica (E16) se impulsan de manera desordenada, con poca intensidad y esporádicamente. Carecen de seguimiento y la falta de fe generalizada sobre sus cualidades las convierte en ineficaces al poco tiempo de su aparición.

Los programas de uso racional de medicamentos (E17) se impulsan con distinta intensidad según áreas de salud y gerencias, frecuentemente apoyados en formación y en publicaciones y hojas de evaluación de medicamentos. En general se vinculan a mejoras en la calidad y a descensos en la cantidad. La preocupación institucional por el incremento del gasto farmacéutico ha conducido a incentivos económicos para los prescriptores que cumplan con objetivos de contención del gasto.

No se evalúan ni se difunden resultados en salud (E18); los profesionales tienen dificultades para obtener datos de su actividad asistencial y apenas se ha avanzado en promover sistemas de referencia de medición de resultados (E19).

La continuidad asistencial entre AP y hospital (E20, E21, E22) sigue siendo una quimera. No hay objetivos comunes, no hay coordinación efectiva, no hay actividades mixtas de formación sobre áreas transversales ni sobre investigación, no hay indicadores comunes medibles y comparables. Las actividades de salud pública parece que se diluyen y pierden peso y prestigio, reduciéndose a la vigilancia epidemiológica y a las alarmas sanitarias (E23). Pareciera que los médicos hospitalarios se sienten poco comprometidos por los objetivos del Sistema Nacional de Salud.

En la atención a urgencias (E24), no hay un plan de “contención” de urgencias dirigida a los ciudadanos, entendiéndose por contención no limitación, si no prudencia en el uso de servicios. No se ha hecho nada respecto a la práctica de la medicina defensiva por los profesionales.

La creación de los puntos de atención continuada (PAC) ocasionan la pérdida de la referencia del usuario con sus profesionales habituales; los PAC se convierten en una prolongación de las consultas convencionales, pero sin cita, más que en atención urgente.

Las actividades comunitarias promovidas por la AP (E26) son anecdóticas. La atención domiciliaria y a la dependencia (E27) se establece a través de protocolos y con la implicación de los cuidadores. Es una actividad que requeriría mayor implicación de enfermería y mayor coordinación con otros servicios (nutrición enteral, fisioterapia, etc...) y con el área sociosanitaria (E27). En este sentido, figuras como el gestor de casos, que se puso en marcha en algunas áreas de salud, necesitan ser evaluadas, porque no se conoce bien su repercusión en la parcelación del paciente y en la pérdida de continuidad asistencial. También se necesita mejorar la coordinación y complementariedad con ONG's y otras instituciones que trabajan a domicilio, y con los trabajadores sociales.

Para favorecer la formación continuada y la actividad docente (E28) apenas ha habido iniciativas. Son contados los equipos de AP con programa formativo propio; no hay planes formativos individualizados; no se mide el impacto de la formación; no hay un sistema de recertificación incentivado; no se reconoce suficientemente la labor de los profesionales docentes (tutores MIR); los tiempos dedicados a la docencia no se otorgan discrecionalmente. En cuanto a la investigación (E29), las iniciativas obedecen al voluntarismo de sus promotores y la investigación en AP sigue siendo cosa de titanes.

La carrera profesional se pensó para incrementar la motivación de los profesionales y para

mejorar el clima laboral (E30), en la práctica ha devenido en un complemento salarial más sin capacidad incentivadora; la carrera profesional no está conectada entre comunidades autónomas; los criterios de calidad no están incorporados a la motivación; no se ha promovido un sistema mixto de retribuciones; no hay correspondencia entre cargas de trabajo, indicadores de calidad y sistemas de incentivación.

La incentivación mediante el pago de la productividad variable es motivo de agravios; se acepta como prolongación de la nómina y se materializa en repartos más o menos lineales. El efecto positivo del incremento de percepciones que supone la carrera profesional, ha desincentivado al personal más meritorio, porque ha quedado en "café para todos". En este caso los sindicatos no han sabido impulsar la carrera profesional en el sentido correcto, las sociedades científicas han tenido una pobre influencia y, sobre todo, en los ciudadanos no ha repercutido favorablemente.

El trabajo con comunidades de mayor riesgo social y sanitario (E31) no se ha desarrollado; tampoco hay nada establecido sobre evaluación de competencias y calidad de los centros (E32). La calidad total (E33) se reduce a realizar encuestas de satisfacción; la planificación sanitaria brilla por su ausencia (E34) y, en consecuencia, los planes de gestión y la asignación de recursos (E35, E36) no obedecen a objetivos de política sanitaria y tienen una correspondencia solamente con la actividad individual.

No hay ningún movimiento que implique a la política en el impulso de la AP (E37), ni que estimule decididamente las estructuras de dirección de las áreas (E38). Los órganos de participación (E39) son poco participativos y sin poder decisorio.

La descentralización de la gestión de los centros no es real: no se tiene control sobre el presupuesto (E40); no se trabaja sobre las competencias y perfil de los directivos; no se adapta el modelo organizativo a las necesidades de los ciudadanos (E41); en los equipos de AP cada profesional va por libre; no hay libre elección de enfermera; no están delimitadas las responsabilidades (E42, E43). Los sistemas de información parecen ser los únicos beneficiados por las medidas de mejora (E44), aunque quien está recogiendo ese beneficio son las empresas del sector, gracias a las cuantiosas inversiones en equipamiento informático y a la obsolescencia del mismo, porque todavía no ofrecen a los profesionales y usuarios suficientes garantías de confidencialidad, rapidez en la circulación de la información, complementariedad entre proveedores de servicios, calidad y disponibilidad de la información.

Consecuencias de la Ley de Área única y de la libre elección en la Comunidad de Madrid

En la Comunidad de Madrid se asiste a un rápido proceso de empobrecimiento y desestructuración organizativa y asistencial, junto a un aumento de los procesos privatizadores, que en conjunto pueden calificarse como un desmantelamiento acelerado del Servicio Público de Salud.

En lo que a la AP se refiere, hay un intento claro de precarizarla y destruirla su calidad como nivel asistencial, y se apuesta decididamente por reforzar la entrada del capital y gestión privadas, el hospitalocentrismo (modelo privado) y la medicalización.

Ley de Área única es una medida estructural que acaba con la estructura organizativa previa y elimina las áreas sanitarias (11) existentes. Habrá un único Gerente y un director general de AP con un solo equipo y 7 direcciones asistenciales que tienen carácter funcional. Se elimina la figura del equipo de AP y lo sustituye por el Centro de Salud y el director del Centro.

El Decreto de Libre elección posibilita la elección de cada uno de los profesionales sanitarios, médico, pediatra o enfermera, en distintos centros o turnos de trabajo, para un mismo paciente, estén en su zona básica de salud no. No pone límite al número de cambios posibles de profesional: se puede cambiar en el día cuantas veces se quiera.

Desaparecen los Consejos de Salud, tanto locales como a nivel central, de la Comunidad: Ley de Presupuestos de 2011. Se externalizan y privatizan cada vez más partes del Servicio Público, vía conciertos y penetración de la gestión privada; incluso hay posibilidad de cambio en la gestión y en el estatuto jurídico de centros tradicionales: Leyes de Acompañamiento 2008, 2009 y 2010. Disminuyen los presupuestos dedicados a AP en los últimos años y se recortan los salarios.

Como consecuencia de estas medidas, 1/ Ha desaparecido la organización asistencial en AP y ha aumentado el caos a todos los niveles; 2/ La toma de decisiones es piramidal, centralizada y alejada de los centros de trabajo; 3/ Han desaparecido los miembros del equipo en cualquier toma de decisiones; 4/ Ha desaparecido el trabajo en equipo y la coordinación con otros niveles, incluso con los centros de salud cercanos; 5/ Se ha roto la continuidad asistencial: a los pacientes que han elegido profesional fuera de su zona, las visitas domiciliarias las realiza el profesional de la zona básica donde y tiene su residencia, aunque éste no sea quien le atiende en consulta y desconozca al paciente; 6/ ha disminuido la plantillas administrativa y de las sustituciones o refuerzos de los profesionales sanitarios, por cualquier motivo (bajas, vacaciones, docencia...); 7/ La desmotivación es generalizada; 8/ Se han abandonado por completo las tareas de Educación para la salud y de participación comunitaria; 9/ Han cerrado dispositivos asistenciales: Salud mental, Planificación familiar, centros de jóvenes; 10/ Han aumentado los flujos a la privada, y hay riesgo de copagos en el horizonte cercano; 11/ Ha habido aumento de costes por la dedicación de sumas de dinero cada vez más importantes para recursos y gestión informática externas e intervención cada vez mayor en el proceso asistencial de agentes con ánimo de lucro.

En cuanto al proceso asistencial, la implantación de la aplicación electrónica de HCD denominada AP-Madrid que sustituye a OMI-Madrid, que es una aplicación centralizada, está teniendo grandes dificultades en: 1/ La implantación de la cita centralizada; 2/ La implantación de la citación con especializada desde la propia consulta (programa SCAE). Como consecuencia, después de 4 años de su inicio sólo esta implantada en el 30% de los centros; hay múltiples caídas del sistema; el diseño es engorroso y dirigido al control de la actividad, lo cual consume en su gestión en la consulta un volumen de tiempo mayor que el programa previo; hay dificultades crecientes de acceso a las consultas: el teléfono ya no es la vía principal (pues la citación es con contestador automático o personal del Centro de Atención Centralizado), y se vuelven a formar colas en los mostradores; ha aumentado la burocratización de las consultas: los médicos de AP son los que gestionan la cita con especializada, y, en términos generales, ha disminuido la calidad de la atención, tanto administrativa como asistencial, y consecuentemente la cumplimentación terapéutica.

Tiempos para la épica o tiempos para la práctica

En España, la reforma de la AP iniciada a comienzos de los años 80 del siglo pasado, tuvo un marcado componente épico porque, por un lado recibió el impulso de una estrategia internacional liderada por la OMS; por otro lado, a nivel local, coincidió en el tiempo con la reforma política, en lo social, y con el afán de modernización de la sanidad pública, en lo profesional; y, finalmente, vino acompañada de un desarrollo legislativo coherente (RD 137/84), que propició una forma nueva de estructurar la dispensación de servicios (centros de salud) y de funcionamiento profesional (trabajo en equipo). En los tiempos actuales, por el contrario, no se vislumbra una iniciativa globalizadora que de aires nuevos a una organización que se ha burocratizado en exceso, diluyendo la profesionalidad de sus actores; que está soportando mal la creciente medicalización y banalización de la demanda, así como las consecuencias de una demografía adversa (incremento de la población protegida, población más envejecida, comorbilidad y multimorbilidad crecientes, envejecimiento de los propios profesionales).

En este contexto, las medidas parciales que se han puesto en marcha en varias comunidades autónomas (esencialmente para disminuir la carga burocrática de los médicos), seguramente no serán suficientes para devolver a los profesionales el entusiasmo perdido, por el contrario, algunas de ellas pueden poner en riesgo algunos valores esenciales de la AP, como la continuidad asistencial, por ejemplo, y, en cualquier caso, pueden ocasionar agrios debates en los equipos de atención primaria,

porque enfrenten competencias entre distintos estamentos profesionales (médicos de refuerzo vs. convencionales) o porque fragmenten y desregulen las estructuras asistenciales (privatizaciones, cooperativas, etc...).

La Estrategia AP XXI puede verse superada por los acontecimientos. Las comunidades autónomas están adoptando sus propias medidas ante la ausencia de liderazgo político a nivel central y de la carencia de un organismo coordinador e impulsor de la planificación y evaluación sanitaria, porque el Consejo Interteritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) no cumple esta misión.

Cuando se habla del derecho a la salud de los ciudadanos europeos[3], no sería de recibo que dentro de nuestras propias fronteras la atención a la salud se convierta en un elemento de distinción o de discriminación entre ciudadanos españoles. Antes de que presupuestos sanitarios desiguales, o prestaciones desiguales, o distintas accesibilidades acaben manifestándose como injustas diferencias de salud, en morbilidad, esperanza de vida, etc..., necesitamos mejorar la cohesión del SNS y su financiación; potenciar la AP y despolitizar la gestión sanitaria, fomentando la participación profesional y ciudadana[4].

[1] <http://www.simeg.org/AP/191006estrategiasAP.pdf>

[2] <http://www.elmedicointeractivo.com/docs/documentos/INFORMEAP22010.pdf>

[3] Carta del Derecho a la Salud de los Ciudadanos y Ciudadanas de la Unión Europea. Salud 2000. 2011; 15-17

[4] FADSP. Doce propuestas para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario Público. Salud 2000. 2011; 5-11