

LA ATENCION PRIMARIA EN PELIGRO. ANALISIS DE LA SITUACIÓN Y PROPUESTAS PARA EVITARLO

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

Noviembre de 2016

La política sanitaria del Gobierno de Rajoy ha estado fuertemente influenciada por la ideología neoliberal que considera la salud como una mercancía mas objeto de lucro. Esta forma de pensar ha sido promovida e impulsada desde por los grandes organismos internacionales que dominan la economía mundial como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, la Organización Mundial del Comercio o la propia Comisión Europea (incluso la OMS financiada cada vez más por el capital privado como Bill Gates).

Como consecuencia la actuación del Ministerio de Sanidad en los últimos años se ha centrado prioritariamente en dismantelar y privatizar el Sistema Nacional de Salud con recortes presupuestarios que alcanzaron, según el propio Ministerio de Sanidad, los 70.464 millones de euros entre 2009 y 2014 (una reducción del 18%) y reducciones de plazas (25.000 trabajadores sanitarios según el Gobierno o 55.000 según el sindicato CCOO).

Esta política va dirigida a dismantelar y debilitar el sistema público y potenciar los recursos privados como un paso previo para introducir el mercado en sanidad y hacer del turismo sanitario una gran oportunidad de negocio (parece que este país está condenado a vivir de las múltiples facetas del turismo). El negocio sanitario pasa por potenciar la atención hospitalaria, el uso intensivo de las nuevas tecnologías y medicamentos (cuanto más costosos mejor), y medicalizar la vida de las personas para que hagan un elevado consumo sanitario. En esta estrategia están implicados responsables políticos de la administración, el complejo de la industria farmacéutica y de equipamientos, las grandes corporaciones tecnológicas (como IBM) y los fondos de inversión internacional, con puertas giratorias en las que altos cargos intercambian sus puestos entre la administración sanitaria y las empresas.

En un modelo sanitario regido por el mercado y la competencia, la Atención Primaria, orientada a la promoción, la prevención y la medicina comunitaria, queda relegada a un papel subalterno, dado que sus actividades son difícilmente comercializables como mercancías.

Dos elementos claves en el retroceso del Nivel Primario en el sistema

1.- Abandono de los planes de mejora

Además de los recortes de gasto, el Gobierno paralizó el desarrollo la **Estrategia AP 21**, consensuada por el gobierno de Zapatero con todas las organizaciones profesionales, y que estaba destinada a corregir los problemas y deficiencias que soportaba el Nivel Primario, en cuya elaboración colaboraron más de 90 expertos de sociedades científicas, comunidades y asociaciones de pacientes. La **AP 21** constaba de 44 estrategias agrupadas en 5 bloques orientados a la mejora de la calidad, la capacidad de resolución, la continuidad asistencial, la participación y el desarrollo profesional y la eficiencia en la gestión, todo ello dirigido a mejorar la calidad asistencial y su capacidad resolutoria, para cuyo despliegue el Ministerio de Sanidad presupuestó 24 millones de euros.

La estrategia contemplaba construir nuevos centros de salud; incrementar el personal hasta alcanzar unos ratios de personal facultativo y de enfermería de 1.250 personas; aumentar el presupuesto de la AP hasta llegar al 25% del total; facilitar a los profesionales el acceso a los recursos diagnósticos en las mismas condiciones que los hospitales (mediante protocolos comunes); y la reducción de la actividad burocrática, que actualmente ocupa el 30% de la actividad del personal médico. La paralización de este ambicioso proyecto muestra la total ausencia de interés del Gobierno de Rajoy por la Atención Primaria a la que condena al deterioro y a la obsolescencia.

2.- Sometimiento de los Centros de Salud a las gerencias hospitalarias.

La creación de las **Gerencias Integradas de Área** supuso la desaparición de las gerencias de Atención Primaria (AP) que han sido absorbidas por las estructuras de gestión de los hospitales de área. La AP ha quedado relegada a realizar un control de los llamados *Procesos Asistenciales*, algo imposible de realizar dada la falta de poder, prestigio y liderazgo de la Medicina de Familia con respecto a los servicios hospitalarios.

En este nuevo modelo el Ministerio de Sanidad ha asignado al nivel primario el papel de portero del sistema (y de sus centros hospitalarios), con la finalidad de seleccionar pacientes y patológicas para los hospitales atendiendo a criterios de control del gasto y rentabilidad económica. Este papel es clave para que los centros hospitalarios puedan competir entre si, discriminando procesos y pacientes según rentabilidad económica, algo que tiene poco que ver con las necesidades de salud de la población.

Los bajos presupuestos, los déficit de personal, los obstáculos para acceder a los recursos diagnósticos y el sometimiento de los centros de salud a las gerencias de los hospitales, relegan la AP a un papel subalterno dentro del sistema.

Las nuevas **Unidades de Gestión Clínica** que pretende introducir el gobierno con el apoyo del Foro de la Profesión, son estructuras acogidas al modelo de gestión empresarial, con plena autonomía, presupuesto propio y capacidad para vender sus productos en un mercado sanitario interno, son un nuevo intento de marginar el papel de la AP dentro del Sistema a la que se asigna la función de *cribage* de pacientes y patologías.

Resultados y consecuencias de esta situación

1.- Problemas de calidad asistencial y de capacidad resolutive: La masificación de los cupos (más del 52% tienen más de 1.500 tarjetas individuales que son 250 tarjetas más de las marcadas por las sociedades de medicina de familia, pediatría y enfermería o por los expertos de AP21), obliga al personal médico a atender una media de 40-50 pacientes al día, lo que repercute en la asistencia y la capacidad para resolver casos en el nivel por falta de recursos y tiempo. Como consecuencia muchos pacientes son enviados de manera innecesaria a hospitales o a servicios de urgencias, aumentando así los costes (innecesarios), los riesgos para la salud y las listas de espera. Además la enfermería tiene una presencia testimonial en la AP (somos el país de Europa con menor densidad de profesionales de enfermería) lo que hace que la atención a enfermos crónicos, domicilios, cuidados, etc tengan numerosas deficiencias.

2.- Barreras de acceso a la atención: El 52% de las personas que demanda asistencia en los Centros de Salud no son atendidas el mismo día y el 11% tardan más de una semana. Esto es incompatible con la filosofía y la lógica de la Atención Primaria que debería atender la demanda de manera inmediata.

3.- Aumento de la irracionalidad asistencial y peligros para la salud: La presión asistencial impide llevar adelante actividades esenciales contempladas en el actual modelo de salud comunitaria como son la promoción de salud, la prevención de la enfermedad o el trabajo con la población. Este abandono de funciones repercute negativamente sobre la racionalidad del sistema que prioriza la curación y el uso de tecnologías y medicamentos, que además de disparar el gasto, suponen un riesgo para la salud (la iatrogenia es la cuarta causa de mortalidad general). Acabar con la medicalización y el consumismo sanitario de la sociedad debería ser una de las prioridades de la AP.

4.- Pérdida de prestigio: Las facultades de Medicina apenas dedican tiempo en el programa docente a la AP o a la Medicina Comunitaria, cantándose con los dedos de las manos las cátedras de Atención Primaria, algunas de las cuales son financiadas por laboratorios farmacéuticos, que como es lógico pretenden aumentar la prescripción. Un ejemplo de este desprestigio es que los médicos/as recién egresados de las facultades de medicina con mejores notas no eligen la Medicina de Familia para especializarse, y que muchos los que no les queda más remedio que elegirla vuelven a presentarse al examen MIR para cambiar de especialidad.

La crisis una oportunidad perdida por la Atención Primaria:

Entre los principales problemas que afecta a nuestro sistema público está el aumento del gasto, la ausencia de racionalidad, el abuso de las tecnologías, el abandono de la promoción y prevención, y el uso intensivo de pruebas y medicamentos cada vez más costosos, de eficacia cuestionada y con efectos secundarios perjudiciales para la salud. En este contexto la Atención Primaria debería haber sido el núcleo duro de la alternativa.

Desgraciadamente el gobierno del Partido Popular ha optado por una política de recortes de recursos, introducir copagos y suprimir el derecho a la asistencia universal para dejar fuera a grupos de población vulnerables como los inmigrantes sin papeles, al mismo tiempo que potencia la atención hospitalaria, la difusión intensiva de recursos tecnológicos avanzados, y la autorización de fármacos muy costosos de eficacia controvertida, poniendo en riesgo la sostenibilidad del sistema y la salud de la población.

PROPUESTAS desde la para recuperar la Atención Primaria

La estrategia para mejorar la AP tienen que ir asociada a recuperar el Sistema Sanitario de los estragos de la crisis y las políticas neoliberales (recortes de recursos, privatizaciones, desmantelamiento de servicios, paralización de la atención sociosanitaria, etc.), garantizar a una financiación suficiente; restituir al sistema público los servicios privatizados; recuperar el carácter universal del sistema de salud eliminando copagos y marginaciones de colectivos sociales

1.- De naturaleza estratégica

1.1.- Recuperar el carácter Universal de la Atención Primaria y la equidad en el acceso a los servicios de atención primaria:

- Derogar el RD 16/2012
- Integrar los regímenes asistenciales (MUFACE; ISFAS, MUJECU y..) en el Régimen General de la Seguridad, para garantizar una atención primaria equitativa a toda la población.

- Supresión de las reducciones fiscales a los seguros privados que descapitalizan el sistema público y generan desigualdad con ayudas de fondos públicos

1.2.- Acabar con la discriminación y marginación de la AP

- **Plan contra la precariedad económica** incrementando el presupuesto de Atención Primaria en un 10% anual hasta alcanzar el 25% del total sanitario en 5 años.
- **Plan de Recursos Humanos** para incrementar el personal facultativo y de enfermería para acabar con la masificación de los cupos, y garantice alcanzar en 5 años una media de 1.250 personas por profesional. A 10 años el objetivo sería alcanzar un porcentaje del 50% en AP y hospitalaria.
- **Plan de Equipamiento de Centros de Atención Primaria** que acabe con la precariedad de recursos en la de AP y mejora de la capacidad resolutive.
- **Suprimir las limitaciones en el acceso a recursos diagnósticos acompañado** de la generalización de protocolos y guías clínicas consensuados y basados en la evidencia (de aplicación común en AP y hospitales)

1.3.- Racionalizar la gestión y garantizar la coordinación de los procesos asistenciales con base en la Atención Primaria

- Suprimir las Gerencias Integradas controladas por las gerencias hospitalarias
- Derogar la integración de los Servicios de Atención Primaria en los hospitales de gestión privada de financiación pública
- Desarrollar las Gerencias de Atención Primaria dotadas de instrumentos de gestión que garanticen la coordinación de los niveles asistenciales y de salud pública.
- Derogar las Unidades de Gestión Clínica que fragmentan el sistema, privatizan la gestión y someten la actividad de la AP a los intereses de los servicios Hospitalarios
- Recuperar los Servicios de Información (historia clínica electrónica, receta electrónica, centrales de llamadas, servicios de información pacientes..) externalizados a empresas privadas, fundamentales para la coordinación de niveles y el control de procesos asistenciales y la circulación de pacientes por el sistema desde la AP

1.4.- Cambiar la formación del personal de AP

1.4.1.- Formación pre-graduada:

- Crear cátedras y departamentos de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) en todas las universidades
- Obligatoriedad de cursar la Asignatura de MFyC por todos los alumnos

- Incrementar los créditos de la asignatura de MFyC equiparándolos con el resto de las materias

1.1.2.- Formación de Especialistas MIR

- Mejorar la dotación y equipamiento de los centros de AP docentes
- Crear instrumentos de participación comunitaria en todas las áreas sanitarias y centros docentes.
- Potenciar el desarrollo de actividades de promoción de salud y de trabajo comunitario.
- Incorporar a los Centros Docentes de AP personal experto en epidemiología, salud pública y trabajo con la comunidad
- Obligar a todos los centros docentes a elaborar diagnósticos de salud y Planes de Intervención sobre los determinantes de salud, en coordinación con otros recursos no sanitarios del área.
- Mejorar las condiciones laborales, salariales y de desarrollo de los trabajadores de AP

1.1.3.- Formación continuada

- Crear unidades de formación continuada en AP en todas las áreas sanitarias
- Prohibir la financiación de las mismas por los laboratorios
- Elaborar Plan de Formación Continuada del personal de AP en base a diagnóstico de problemas y necesidades formativas elaborado con la participación de todos los profesionales

1.1.4.- Investigación

- Desarrollar estructuras de investigación en AP en todas las áreas, independientes de las hospitales (aunque coordinadas con ellos) con presupuesto independiente, recursos humanos adecuados y personal de apoyo (estadísticos, epidemiólogos, salubristas, etc.). Acabar con el voluntarismo en que se basa esta actividad
- Elaborar Planes de Investigación en Salud Comunitaria

2.- Mejorar la calidad, la capacidad resolutive y reducir la carga burocrática de la AP, desarrollando las propuestas de la *Estrategia AP 21*.

Todas ellas son propuestas fundamentales, que con un bajo coste conseguirían una mejora sustancial del funcionamiento del sistema sanitario público,

mejorando y racionalizando la atención sanitaria y impulsando las actividades de prevención y promoción.

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

Noviembre 2016

www.fadsp.org

Twitter: @FADSPU

También en Facebook



LA ATENCION PRIMARIA EN PELIGRO. ANALISIS DE LA SITUACIÓN Y PROPUESTAS PARA EVITARLO

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

Noviembre de 2016

La política sanitaria del Gobierno de Rajoy ha estado fuertemente influenciada por la ideología neoliberal que considera la salud como una mercancía mas objeto de lucro. Esta forma de pensar ha sido promovida e impulsada desde por los grandes organismos internacionales que dominan la economía mundial como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, la Organización Mundial del Comercio o la propia Comisión Europea (incluso la OMS financiada cada vez más por el capital privado como Bill Gates).

Como consecuencia la actuación del Ministerio de Sanidad en los últimos años se ha centrado prioritariamente en dismantelar y privatizar el Sistema Nacional de Salud con recortes presupuestarios que alcanzaron, según el propio Ministerio de Sanidad, los 70.464 millones de euros entre 2009 y 2014 (una reducción del 18%) y reducciones de plantillas (25.000 trabajadores sanitarios según el Gobierno o 55.000 según el sindicato CCOO).

Esta política va dirigida a dismantelar y debilitar el sistema público y potenciar los recursos privados como un paso previo para introducir el mercado en sanidad y hacer del turismo sanitario una gran oportunidad de negocio (parece que este país está condenado a vivir de las múltiples facetas del turismo). El negocio sanitario pasa por potenciar la atención hospitalaria, el uso intensivo de las nuevas tecnologías y medicamentos (cuanto más costosos mejor), y medicalizar la vida de las personas para que hagan un elevado consumo sanitario. En esta estrategia están implicados responsables políticos de la administración, el complejo de la industria farmacéutica y de equipamientos, las grandes corporaciones tecnológicas (como IBM) y los fondos de inversión