

Informe

La Atención Primaria en Asturias

Plataforma de la Salud y la Sanidad Pública de Asturias (PSSPA)

Asociación para la defensa de la Sanidad Pública Asturias (ADSPA)

(Revisado en Mayo de 2021)

INDICE

- Introducción

- Los problemas de la Atención Primaria.

- 1.- Una financiación insuficiente
- 2.- Terminar con los recortes y la precariedad
- 3.- Contra la dualidad: El deterioro impulsa la sanidad privada.
- 4.- El acceso. El grave problema de las demoras
5. Errores médicos
- 6.- Las urgencias
- 7.- Capacidad de resolución
- 8.- AP ante la pandemia.

- A vueltas con el modelo, ¿cómo se entiende y cómo se práctica la AP?

- Entender la prevención en AP
- Convergencia socio-sanitaria: El Centro de Salud y Bienestar Social
- Participación de la Comunidad
- Coordinación con el hospital
- Consumismo, medicalización y prevención cuaternaria

- Sobre valores, formación e investigación

- AP ante la pandemia

- Conclusiones y recomendaciones

INTRODUCCIÓN

La atención primaria (AP) en Asturias pese a su fuerza y capilaridad, está pasando desapercibida en la crisis sanitaria del Covid ante el protagonismo del hospital, lo que ha ocurrido en todas las comunidades autónomas. No es que la atención primaria no se haya esforzado, como prueba el alto número de profesionales que han enfermado (cerca del 10% de la plantilla de AP del SESPA en la primera oleada)¹; pero se han cerrado consultorios periféricos y consultas, la actividad ordinaria ha sufrido una merma sustancial, con una atención mayoritariamente no presencial e importantes dificultades de acceso. Problemas a los que se ha sumado el no haber podido desempeñar adecuadamente la función de vigilancia epidemiológica que hubiera sido necesaria (testar, rastrear y aislar).

La crisis de la Atención Primaria (AP) se ha agudizado en los últimos años pero viene de lejos. El telón de fondo es la contradicción entre un modelo vocacionalmente comunitario y una sociedad consumista, en la que el peso del neoliberalismo en lo económico, político y social ha ido ganando terreno, en detrimento de las políticas sanitarias inspiradas en la estrategia de Alma Ata² (ver Anexo I) y de la propia identidad de AP.

El desarrollo de AP en España comenzó antes de la aprobación de la Ley General de Sanidad (1986) con el *Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud*, y la creación de la especialidad de medicina familiar y comunitaria (1978). La extensión del modelo de AP con una cobertura de más del 99% de población han garantizado su relevancia, el aprecio de la ciudadanía y una gran valoración internacional, aunque los últimos años los recortes y la mercantilización de la asistencia sanitaria han conducido a un evidente retroceso de una AP que difícilmente encaja en el paradigma anteriormente mencionado.

Analizar los problemas de la Atención Primaria³ y que alternativas puedan ser posibles, requiere, en primer lugar, revisar las tendencias con los datos oficiales del Ministerio de Sanidad, comparando el año 2010 (que fue el año con el gasto sanitario más elevado) con los últimos datos disponibles que según los casos corresponden a 2017, 2018 ó 2019.

El punto de partida es que no se pueden negar los grandes logros de la AP: desde sus orígenes, por su accesibilidad, proximidad, profesionalidad y justicia social, y su función de puerta de entrada, aportando orden y criterio al conjunto de la sanidad pública. Pero es evidente que los problemas se acumulan y que no se pueden explicar o atribuir a determinadas políticas o formas de gestión, por dañinas o desacertadas que puedan haber sido. La pandemia ha sido, además, la espoleta que ha precipitado la

1 Observatorio de salud Asturias <https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/12062020-Informe-trabajadoresOBSA.pdf>

2 Texto integro Declaración Alma Ata <https://www.semfy.com/la-medicina-de-familia/alma-ata/declaracion/>

3 Los datos que se utilizan para el análisis son del Ministerio de Sanidad (acceso Marzo 2020) <http://estadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/Comun/ArbolNodos.aspx?idNodo=6397>

crisis, con un sentimiento generalizado de la población de haber sido abandonada por parte de la Sanidad Pública.

En todo caso, el hilo conductor de los problemas de la Atención Primaria hay que ir a buscarlo en el enfoque descontextualizado de la salud y la enfermedad⁴, en una manera de entender la medicina desde la renuncia y la incomprensión de los factores sociales, psicológicos, biográficos y relacionales que subyacen a todo el proceso de salud-enfermedad, y que han desaparecido de las historias clínicas, como si fuesen “subjetivismos” ante la supuesta objetividad de los protocolos basados en la evidencia, un paradigma que se vino a denominar de "excelencia".

En otras palabras, la Atención Primaria padece la hegemonía del “pensamiento biomédico”, que es común a todo el sistema sanitario, pero que en la atención primaria produce sus efectos más contradictorios y lesivos, construyendo un modelo biologicista, fragmentario y tecnocrático, en donde el hospital y la certidumbre de la tecnología son las grandes referencias organizativas y de progreso. En última instancia, el pensamiento biomédico es la forma en la que los sistemas sanitarios se adaptan a un modelo de sociedad basado en el consumismo y la comercialización de la salud.

PROBLEMAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

1. - Una financiación insuficiente.

Una reivindicación básica que amenaza con el colapso de la AP y que figura en todas las movilizaciones del sector. Las administraciones públicas dedican un porcentaje reducido de los presupuestos sanitarios a la Atención Primaria, un porcentaje que incluso ha decrecido 0,98% entre 2.010 y 2.018. Una expresión clara del hospitalocentrismo. Existe, además, una gran variabilidad entre CCAA y Asturias está entre las que tienen un porcentaje más bajo (aunque naturalmente hay que corregirlo por el total del gasto sanitario, en donde estamos en posiciones de cabeza), con una disminución de 0,49 puntos en el periodo estudiado. También hay que añadir que aunque el porcentaje dedicado a AP no ha hecho más que descender desde 2.010, aunque el descenso es menos pronunciada a partir de 2.016

Porcentaje del gasto sanitario público dedicado a AP 2.010 versus 2.018:

Gasto AP /Gasto total	2010	2018
Asturias	13,44%	12,55%
Total	14,88%	13,67%

(Fuente: Ministerio de Sanidad)

Andalucía es la que dedica un porcentaje mayor, 17,45% y en el otro extremo, Madrid con el 11,48%.

⁴ Abel Novoa: “Repensar la Atención Primaria”, NoGracias.

En términos de **gasto sanitario público per cápita/ año** dedicado a AP, la disminución ha sido de 206 euros entre 2010 y 2018 , aunque de nuevo con una gran variabilidad entre CCAA que no parece estar muy influida por el color político del partido que gobierna.

En Asturias , con 211,34 € habitante/ año, ocupa el noveno lugar en el conjunto del Estado, ligeramente por encima de la media

CC.AA.	€/habitante
Andalucía	220,74
Aragón	205,25
Asturias	211,34
Baleares	178,38
Canarias	206,49
Cantabria	224,54
Castilla y León	248,42
Castilla La Mancha	256,26
Cataluña	193,66
Comunidad Valenciana	196,46
Extremadura	261,75
Galicia	182,37
Madrid	147,97
Murcia	224,22
Navarra	243,91
País Vasco	241,33
La Rioja	214,21
España	206,7

Alcanzar progresivamente el 20% del presupuesto sanitario es un objetivo razonables, aunque hay que tener en cuenta que incrementar el gasto sin identificar e intervenir sobre las causas estructurales, puede tener considerables efectos adversos, porque inducira más consumismo y medicalización. El “incrementalismo” no puede ignorar los problemas del modelo de AP.

2. - Terminar con los recortes y la precariedad. Mejorar los recursos humanos.

Un problema que afecta a todas las categorías profesionales: medicina de familia, pediatría, enfermería y personal administrativo. Una primera consideración es que en el periodo 2.010 – 2.017 la población disminuyo ligeramente, según el INE, en 286.550

personas menos (0,612% menos) aunque de nuevo con muchas diferencias entre CCAA (en ocho de ellas hubo crecimiento poblacional), que para nada guarda proporción con la carencia de profesionales, un déficit que en el caso de los médicos fue provocado por una política miope en la formación de especialistas llevada a cabo por los gobiernos del PP. Así los gobiernos del PP redujeron durante años las plazas de MIR. Infrautilizando la capacidad docente de la Medicina de Familia y Comunitaria.

Evolución de población en las CCAA entre 2010 y 2017 (en %). La población asignada por profesional está determinada en primer lugar por la propia evolución de la población:

Evolución población	%
Andalucía	+ 0,1%
Aragón	- 2,84%
Asturias	- 4,55%
Baleares	+ 0,89%
Canarias	+ 0,49%
Cantabria	- 2,06%
C y León	- 5,22%
C La Mancha	- 3,18%
Cataluña	+ 0,57%
C Valenciana	- 3,32%
Extremadura	- 2,46%
Galicia	- 3,19%
Madrid	+ 0,75%
Murcia	+ 0,56%
Navarra	+ 0,99%
P Vasco	+ 0,72%
L Rioja	- 2,18%

Fuente: INE

Hay que hacer constar que actualmente existe un porcentaje significativo de la población que se sitúa al margen de AP, léase las mutualidades y los seguros y privados, representando una cuarta parte del total de la población. Si toda la población recurriera a AP, como es el objetivo, los problemas actuales se agravarían sustancialmente.

En todo caso, desde una perspectiva de igualdad y equidad de poco sirve declarar a la atención primaria como la puerta de entrada del sistema si sólo la utilizan quienes no

tienen otras puertas alternativas , con el efecto añadido de que la atención primaria pierde el estímulo de mejora que representan los ciudadanos con más nivel educativo y económico, por ser los más informados, exigentes e influyentes.

Ratio de Medicina de familia: Profesional medicina de familia x TSI (Tarjeta Sanitaria Individual). La variabilidad entre CCAA es importante, pero con pocas diferencias entre el año 2.010 y el 2.019. En el caso de Asturias hay que tener en cuenta que ha disminuido la población:

Ratio TSI/ medicina de familia	Ratio 2010	Ratio 2019	Diferencia 2010-19
Asturias	1/1.446	1/1.372	- 74
Total	1/1.398	1/1.342	- 56

Se estima que hay “**sobrecarga**” si el número de tarjetas sanitarias individuales (TSI) es mayor de 1.500 por profesional de medicina de familia. Un límite que no se debe superar. En el caso de más de 2.000 TSI, se considera que hay “**sobresaturación**”.

El porcentaje de más de 1500 TSI (“sobrecarga”) ha permanecido prácticamente sin variación en los últimos años en **Asturias: 45,2% en 2.010 y 45,2% en 2.019**, mientras que no hay profesionales que tengan más de 2.000 TSI (no hay “sobresaturación”).

Llama la atención, sin embargo, el alto porcentaje de profesionales en Asturias que soportan “sobrecarga”, tan sólo tiene peores porcentajes Canarias (53,01%) y Madrid (50,05%) .

	2010 Porcentaje > 1.500 TSI	2010 Porcentaje > 2.000 TSI	2019 Porcentaje > 1.500 TSI	2019 Porcentaje > 2.000 TSI
Asturias	45,21	1,19	45,27	0,
Total	45,11	1,67	41,49	2,12

Ratio TSI/ profesional de Pediatría.

Las ratios de población infantil por pediatra han mejorado globalmente: -57 x TSI de 2.010 a 2.019, probablemente debido al descenso de la natalidad, y de nuevo con gran variabilidad interautonómica. En este caso, la ratio de Asturias es la segunda mejor del país, detrás de la Comunidad de Valencia.

Ratio TSI /pediatra:	2.010	2.019
----------------------	-------	-------

Asturias	802	795
Total	1037	980

Fuente: elaboración propia a partir de datos del portal estadístico del Ministerio de Sanidad.

Profesionales de pediatría con más de 1.250 TSI (%), para valorar “sobrecarga” y “sobresaturación”:

CC.AA.	1250 - 1500	>1500
Asturias	0,81	0
Total	7,66	2,10

Ratio TSI/ profesional Enfermería

La situación de enfermería es especialmente preocupante. El deficit de profesionales (5,5 / 1.000 habitantes versus 9 de promedio en la OCDE, Health Data 2018). Mientras que en la mayoría de los países hay entre 2 y 3 profesionales de enfermería por cada profesional de medicina, en España la ratio es de 0,87 (por debajo de 1 en todas las CCAA, excepto Navarra). Una situación netamente diferenciada de los países de la Unión Europea, muy alejada de países como Portugal, co la mejor ratio de Europa (2,6), Irlanda (1,82), Países Bajos (1,61), Austria (1,56) y Francia (1,42)

Básicamente la situación no ha cambiado entre 2.010 y 2.019

Evolución ratio (TSI profesional) en Enfermería 2010-2019

Comunidades Autónomas	Ratio 2.010	Ratio 2.019
Asturias	1/ 1.440	1/ 1.398
Total	1/ 1.606	1/ 1.485

Fuente: elaboración propia a partir de datos del portal estadístico del Ministerio de Sanidad.

Ratio TSI / Personal administrativo

Las carencias son muy evidentes con lo que se generan los consiguientes cuellos de botella y sobrecargas. A pesar de ello las ratios de TSI/administrativo disminuyeron (- 8,37%), otra vez con gran variabilidad entre CCAA, aunque en algunas como Asturias hubo mejoría de la ratio . Reseñar que las carencias de personal administrativo trasladan, con ineficiencia, sus tareas hacia otros profesionales:

Evolución ratio Auxiliar Administrativo 2010-2019

Comunidades Autónomas	Ratio 2010	Ratio 2019
Asturias	1/ 2.835	1/ 3.698
Total	1/ 3.045	1/ 2.779

Fuente: elaboración propia a partir de datos del portal estadístico del Ministerio de

Sanidad.

3. Evaluación de algunos parametros de actividad

Las consultas

El número total de consultas experimento una disminución global, pasando de 384.545.546 en 2010 a 366.762.384 en 2019 (-4,62%), disminución que se produce en el caso de las consultas de medicina (- 8,11%) , pero no de enfermería que experimentan un incremento del 2,23%, situación que se produce en todas las CCAA, en todo caso siguen predominando las consultas de medicina sobre las de enfermería con una relación de 1,76 medicina /enfermería, que se explica en parte por la mayor densidad de profesionales de medicina, pero también por la realización de técnicas por parte de la enfermería.

Numero de consultas por CCAA en 2019

Consultas medicina

Consultas Medicina 2.019	
Asturias (Principado de)	5.164.805
España	234.088.827

Consultas enfermeria

Consultas Enfermería 2.019	
Asturias (Principado de)	3.292.740
España	132.673.557

Total Consultas

Total Medicina+Enfermería	366.762.384
---------------------------	-------------

Frecuentación total (n.º consultas en relación a la población asignada) total y por tramos de edad de las consultas de medicina y enfermería en 2.019

Asturias frecuentación consultas de Medicina

0-14 años	5,14
15-34 años	2,68
35-64 años	4,39
>65 años	7,91
Total	5,1

En el conjunto del Estado, la frecuentación es muy parecida: 5,06

Asturias frecuentación consultas de enfermería

0-14 años	2,3
15-34	1,11

35-64	2,29
>65 años	6,74
Total	3,25

El promedio del Estado es más bajo: 2,87

Las urgencias

En Asturias, **año 2.019**, demandas urgentes por 1.000 habitantes atendidas por el centro coordinador: 92,99 y que precisaron desplazamiento de un profesional sanitario: 168,54,

La última vez que acudió usted a urgencias, ¿qué tipo de servicio público utilizó? (**aquí los últimos datos son de 2.018**) Asturias se mueve en un rango similar a la media interautonómica, aunque baja llamativamente la utilización de las urgencias de AP

Urgencias	Urgencias AP publico (2010)	Urgencias Hospital publico (2010)	Urgencias AP publico (2018)	Urgencias Hospital publico (2018)
Andalucía	45,02	44,28	52,9	39
Aragón	34,07	61,39	39,2	57,7
Asturias	36	44,01	32	44
Baleares	38,59	37,64	43,2	44,2
Canarias	49,24	28,80	77,4	12,6
Cantabria	40,21	51,19	35,2	58,2
C y León	36,79	51,89	34,6	56,3
CLM	42,60	46,74	40	42,9
Cataluña	44,53	39,25	47	40,4
C Valenciana	42,93	44,08	30,6	53,8
Extremadura	39,49	42,98	41,5	44,1
Galicia	29,09	60,91	43,4	46,1
Madrid	26,36	50,02	32,9	56,7
Murcia	46,41	47,49	48,8	45,5
Navarra	34,46	62,20	32,3	54,8
P Vasco	27,55	65,29	37	60,8
L Rioja	42,61	40,76	30,1	58,8
Total	39,49	46,25	42,8	46,2

¿Acudió a urgencias de un hospital porque no coincidía con el horario de su médica-o de cabecera?

	% NoCMéd 2010	% NoCMéd 2018
Asturias	20,52%	28,6%
España	36,51%	32,5%

NoCMéd = Porque no coincidía con el horario del médico o la médica de cabecera.

4. Gasto farmacéutico por recetas

Se comparan los datos del gasto por recetas desde 2014, porque es el año en que empieza a recogerse esta información en la web del Ministerio de Hacienda, el porcentaje se refiere al tanto por ciento sobre el gasto farmacéutico total del país. En la misma se observa hay 3 CCAA (Andalucía, Cataluña y Madrid) que tienen un gasto farmacéutico por debajo de lo que les correspondería a su % de población y otras como Extremadura y Galicia lo superan prácticamente en 1 punto porcentual.

Gasto en productos farmacéuticos y productos sanitarios por recetas médicas u orden de dispensación:

CC.AA	Miles € 2014	% 2014	Miles € 2019	% 2019
Andalucía	1.604.804,26	16,66	1.729.452,20	15,77
Aragón	313.305,00	3,25	345.423,78	3,15
Asturias	266.141,00	2,76	294.786,91	2,68
Baleares	183.729,57	1,90	228.849,94	2,08
Canarias	443.706,27	4,60	545.775,02	4,97
Cantabria	125.469,42	1,30	152.709,50	1,39
Castilla León	566.322,13	5,88	661.076,07	6,03
Castilla-Mancha	461.039,08	4,78	537.397,58	4,90
Cataluña	1.379.142,42	14,32	1.538.806,04	14,04
Extremadura	308.288,88	3,20	340.642,08	3,10
Galicia	687.672,21	7,14	729.247,62	6,65
Madrid	1.114.212,51	11,57	1.345.552,00	12,27
Murcia	340.920,00	3,54	380.902,00	3,47
Navarra	141.656,29	1,47	143.581,78	1,31
País Vasco	499.729,49	5,18	506.436,34	4,62
La Rioja	66.875,30	0,69	74.275,13	0,67
C. Valenciana	1.127.149,30	11,70	1.404.861,12	12,81
TOTAL	9.630.163,14	100 %	10.959.775,11	100 %

La tabla siguiente recoge la evolución del gasto farmacéutico en recetas por habitante y su crecimiento entre 2014 y 2019. El aumento global fue del 12,6%, pero oscilaba entre Navarra que presento una disminución del 0,7% y Valencia

con un aumento del 24,1%. Asturias tiene un gasto por encima de la media. El gasto per capita en 2019 oscilo entre 202,6 euros de Madrid y 319,7 euros de Extremadura.

Gasto farmacéutico por habitante 2014 - 2019

CC.AA	2014	2019	Crecimiento 2014-19 (%)
Andalucía	191,3	205,2	7,2
Aragón	235,3	261,5	11,1
Asturias	251,31	288,4	14,7
Baleares	164,6	192,6	17
Canarias	209,8	247,3	17,8
Cantabria	213,4	262,54	23
Castilla León	226,9	274,5	20,9
Castilla Mancha	222,1	264,1	18,9
Cataluña	185,9	203,37	9,3
Extremadura	281,1	319,7	13,7
Galicia	250,3	270,1	7,9
Madrid	174,6	202,6	16
Murcia	233,21	256,1	9,8
Navarra	222,5	220,9	- 0,7
País Vasco	230,5	232,5	0,8
La Rioja	212,1	236,8	11,6
C. Valenciana	227,4	282,3	24,1
TOTAL	207,1	233,4	12,6

Es decir estamos ante un gasto farmacéutico elevado con una tendencia ascendente muy importante, en la mayoría de los casos por encima del crecimiento de los presupuestos sanitarios públicos y que supera en todas las CCAA el gasto destinado a AP.

5. Contra la dualidad: El deterioro de AP impulsa la sanidad privada.

La opinión de la ciudadanía es clave para analizar el funcionamiento de AP. Desgraciadamente los barómetros sanitarios que se publicaban anualmente dejaron de hacerlo desde 2.019 (el correspondiente a 2.018). Hasta la llegada de la pandemia, los últimos datos indicaban que la ciudadanía estaba globalmente satisfecha con la atención que recibe en AP, pero lo que no significa que no han dejado de crecer la medicina privada y los seguros privados.

La información que suministraba el Barómetro Sanitario, realizaba encuestas bastante representativas (unas 7.500 muestras) aunque al desagregarse por CCAA, pueden perder significación estadística. Así mismo, hacer constar que en los últimos

Barómetros, “desaparecieron” algunas preguntas, probablemente porque los resultados no convenían a las autoridades sanitarias del momento.

Recibieron atención buena o muy buena en AP de la Sanidad Pública. La valoración de quienes utilizan la AP es bastante buena y permanece en el tiempo. La atención recibida fue buena o muy buena supera el 86% y creció 0,23 puntos, aunque en 8 CCAA bajó ligeramente. Asturias está por encima de la media (7,70) aunque ha disminuido cerca de 5 puntos desde el año 2.010. Las mejores puntuaciones corresponden al País Vasco y La Rioja.

La puntuación que se realiza del servicio sanitario es también favorable (> 7) con excepción del tiempo que tardan en ver al paciente desde que pide la cita (6,44) y el tiempo que tardan en realizar las pruebas diagnósticas (5,45). Estas dos últimas preguntas “desaparecieron” en Barómetros posteriores (!).

Valoración AP Pública	2010	2018
Asturias	92,22	87,70
Total	86,27	86,50

Valoración médicos/as AP. En una escala del 1 al 10, la valoración es buena con tendencia al alza, excepto en Castilla y León y La Rioja.

Valoración profesional medicina	Vmed 2010 (Medias)	Vmed 2018 (Medias)
Asturias	7,31	7,84
Total	7,06	7,31

Valoración profesionales medicina y enfermería en 2018. En 2018 en una escala de 1 a 10. Asturias se sitúa entre las mayores puntuaciones.

2018	Valoración Médicos/as (Medias)	Valoración Enfermeros/as (Medias)
Asturias	8,16	8,30
Total	7,63	7,64

Prefieren AP Pública. Ante la pregunta “¿si Ud. pudiera elegir preferiría la AP de la Sanidad Pública?”. La respuesta es mayoritariamente a favor de la Sanidad Pública y esta preferencia ha crecido en 4,34 puntos en el conjunto del país, aunque se

mantiene por debajo del 70%, (¡Más del 30% preferirían ir al sector privado!) Solo en una CCAA, Asturias, la preferencia supera el 80% (85,7%).

Preferencia	2010	2018
Asturias	77,92	85,7
Total	63,86	68,20

En el último año ¿cuántas veces acudió a un medico de cabecera de la Sanidad Pública, y cuántas a uno privado? Sin embargo, pese a la preferencia anterior, al analizar las veces que durante el último año acudieron al sistema público y al sector privado, produciéndose un crecimiento en ambos casos (un 4,87% más en el caso de la Sanidad Pública y un 26,47% en el de la medicina privada), como siempre con gran variabilidad interautonómica, pero los datos muestran que el deterioro del sistema público y las importantes demoras en las citas, acaban por favorecer la utilización del sector privado.

Acceso Público /Privado	2010 Sanidad Pública	2018 Sanidad Pública	2010 Centro Privado	2018 Centro Privado
Asturias	3,86	4,11	0,18	0,23
Total	4,10	4,30	0,34	0,43

Creer que AP mejoró o empeoró en los últimos 5 años. A partir de 2.016 la pregunta “desapareció” del Barometro. En Asturias, en ese año y con respecto a 2.010, se habia reducido sustancialmente el porcentaje de los que piensa que AP mejora, mientras se duplicaba los que creen que AP empeora.

¿Mejóro o empeoró?	2010 Mejóro AP	2016 Mejóro AP	2010 Empeoró AP	2016 Empeoró AP
Asturias	41,11	25,40	6,75	12,40
Total	42,73	20,9	7,87	21,2

En todo caso, hay que señalar que la pandemia ha supuesto un punto crítico de inflexión en la percepción de la ciudadanía acerca de la Atención Primaria, con un sentimiento generalizado de abandono y desatención.

Encuesta del CIS sobre Covid19, realizada entre Septiembre y Diciembre de 2020 a 13.498 personas El resultado indica que, a pesar de todo, la Atención Primaria es el servicio sanitario al que más acudió la población ante la sospecha de padecer esta enfermedad, el 71,7% lo hicieron a la consulta de su medico de AP o a las urgencias de

AP. Resulta llamativo que solo el 7,3% lo hicieran a servicios privados, incluyendo su propia empresa, y solamente el 4,2% a un medico privado.

De nuevo las habituales diferencias entre CCAA. Quienes acudieron a AP oscilan entre el 82,5% de Aragón y el 44,6% de Cantabria, y quienes lo hicieron a un recurso privado entre el 15,5% de Murcia y el 0% de Navarra y La Rioja.

Servicio sanitario al que recurrieron por pensar que tenían síntomas relacionados con la Covid-19

Médico/Urgencias Atención Primaria	Otros servicios públicos (hospital, 112/061, etc.)	Servicios privados (empresa, médico privado)	Otras respuestas (medios telemáticos...
Asturias / 66,2	49,9	3,3	3,3
España / 71,7	36,8	7,3	5,4

Fuente: Barómetro sanitario sobre la Covid-19, CIS 2020: Respuesta múltiple por lo que los % pueden sumar más de 100

Fuente: Todos los datos han sido recogidos de las web del Ministerios de Sanidad, Ministerio de Hacienda y Centro de Investigaciones Sociológicas.

En la primavera de 2021, la Federación de asociaciones de vecinos de Gijón, realizó una encuesta, respondida por 732 personas de los barrios de la ciudad. El dato más llamativo es que cerca del 50% de los encuestados consideraban que la sanidad pública no les daba suficiente cobertura para sus necesidades, teniendo que recurrir a la sanidad privada

6. - Acceso a la AP. El grave problema de las demoras

En el conjunto del país, la mayoría de la población (66,1%) está disconforme con la fecha en el que le dieron la cita para ser atendido, pero hay gran variabilidad entre las CCAA.

En Asturias en 2018 se da cita “siempre o casi siempre” en 24 horas en el 82,8% de las peticiones, con mejoría clara con respecto al año 2010. El punto negro es que en el 12,1 % de las demandas, el retraso fue de más de 6 días.

Respuesta a la petición de cita	2010 (*)	2018 (**)	2018(***)
Asturias	65,00	82,8	12,1
Total	44,50	47,5	24

(*) Porcentaje de población que en 24 horas recibe cita “siempre o casi siempre).

(**) % que señala que le atendieron ese día o al siguiente.

(***) % al que le dieron cita en más de 6 días.

Porcentaje de personas que querían que les hubieran atendido antes. En casi la totalidad de las Comunidades Autónomas españolas los pacientes indican que querían que les hubieran atendido días antes, el porcentaje más alto corresponde a Asturias (87,9%).

Quejas por las demoras	% 2018
Asturias	87,9
Total	66,1

Demoras públicas versus consultas privadas. Existe una relación directa entre las demoras en la atención en el sector público y las consultas en el sector privado. Si la demora de la consulta pública es de 48 horas o menos, (la asistencia a las consultas privadas es sólo el 15, 38% del total que si la demora es mayor de 48 horas, (diferencia significativa $p = 0,022$). Es decir, las mayores demoras “expulsan” a la población hacia la privada, si su economía se lo permite.

¿Cómo se piden las citas? Medios que se utilizan para ser atendido en el Centro de Salud. La población sigue utilizando mayoritariamente los medios tradicionales (teléfono y acudir al Centro de Salud).

2018 Medios petición citas	Teléfono	Internet	Centro de salud
Asturias	71,9	14,3	13,2
Total	42	27,6	30

7.- Errores médicos

Porcentaje de pacientes que creen haber sufrido un error medico en AP. Errores percibidos por los pacientes. Tendencia a la baja en la gran mayoría de las CCAA

Error médico	% Error AP 2010	% Error AP 2018
Asturias	6,74	5,1
Total	9,61	6,2

8. Capacidad de resolución

Analizada a través de la oferta de procedimientos diagnósticos: test reactivos; técnicas, escalas diagnósticas y test cualitativos; toma de muestras biológicas y otros. También las aquellas intervenciones que requieren de un protocolo establecido para todos los centros y/o están restringidas a determinados centros o para determinados casos.

Los resultados recogidos pertenecen a 2012, no hay ninguna actualización posterior (!). La gran variabilidad entre las distintas CCAA no parece estar justificada por criterio epidemiológico alguno.

Intervenciones	Total	Protocolo	Restringidos	Total – (R)
Asturias	33	3	4	29
Media CCAA	33,11	3,35	5,11	27,88

8. La Atención Primaria en la epidemia

8.1. El rol subalterno de AP en la pandemia. Subordinada a la hospitalaria, hasta el punto de que en algunas ocasiones se ha indicado que los pacientes deberían de acudir directamente a los hospitales en caso de duda sobre la gravedad de sus problemas..

8.2. Se han levantado barreras en el acceso. Sustituyendo una buena parte de la consulta presencial por la telefónica, generando listas de espera, en algunos centros de más de una semana, incluso en la consulta telefónica ante la ausencia de los medios técnicos más elementales. Ha sido una indignidad el acumulo de personas a las puertas de los Centros de Salud. En este orden de cosas, las personas mayores han contado con barreras adicionales como la dificultad para adaptarse a nuevos modelos de atención como el telefónico -agravándose entre otras razones por dificultades auditivas en algunos casos- o el sistema de citas por Internet por la mayor brecha digital

8.3. El deterioro de valores fundamentales. La Atención Primaria ya vivía un retroceso en la integralidad y continuidad asistencial. Ahora le ha tocado el turno a la accesibilidad, favorecido porque una parte del personal ha estado sometido a situaciones de estrés o de contagios o por estar de baja (sin sustituciones), lo que ha incrementado el malestar y el deterioro de la situación. Por otra parte, ha desaparecido lo poco que quedaba de atención comunitaria, en realidad porque la consulta, antes de la pandemia, se dedicaba al tratamiento de la enfermedad y el cribaje de pacientes para las especialidades hospitalarias (el 97% de la actividad de AP).

8.4. Las dificultades para acceder a la atención están favoreciendo la privatización e incrementado las desigualdades de salud. Las dificultades de acceso (en algunos Centros más de diez llamadas telefónicas sin respuesta) promueve el recurso a las urgencias hospitalarias y a la medicina privada: los seguros privados han crecido un 4,4% en este periodo (500.000 nuevas pólizas), el porcentaje más alto desde que existen este tipo de seguros, con una facturación que superior a los 9 mil millones de euros anuales. Actualmente el 25% de la población tiene seguros privados (once millones) de los que el 36% son para atención ambulatoria.

8.5. Las Residencias de Mayores siguen sin recibir asistencia regularizada de los Centros de Salud. privado a tiempo parcial, como si las personas mayores internadas perdiesen el derecho a la atención primaria pública al ingresar en las residencias.

8.6. El riesgo de perder apoyo social. Crecen las tensiones entre la población y la Atención Primaria ante las dificultades para contactar y recibir atención. La Atención Primaria, que gozaba de un gran prestigio social, corre el riesgo de perder su futuro.

8.7. Cambiar el rumbo de la Primaria. Recuperar los Centros de Salud supone, en primer lugar, **eliminar las barreras de acceso y dar prioridad a la consulta presencial**, que es vital en AP y es compatible con los contactos telefónicos o telemáticos, siempre que quede claro que la función de triage no puede recaer en el personal administrativo. Pero recuperar los Centros de Salud, no puede significar volver a la situación anterior de consultas médicas masificadas que crecieron un 9% entre 2010 y 2018, pasando de 3,87 vistas por habitante/año a 4,16. La media de pacientes atendidos en estas consultas oscila entre 30 y 50, con una duración inferior a 5 minutos por paciente, lo que es incompatible con la calidad y la capacidad resolutoria.

REVISAR EL MODELO ¿CÓMO SE ENTIENDE Y CÓMO SE PRÁCTICA LA ATENCIÓN PRIMARIA?

Especialistas en personas

Creemos, de acuerdo con McWhinney⁵, que el conocimiento en la consulta de AP tiene que ser **relacional e individualizado** y no se puede sustituir por las categorías diagnósticas, la estandarización de los protocolos y las guías clínicas o las verdades estadísticas.

Las enfermedades no están separadas de las personas que las "padecen". Los profesionales en AP son **especialistas en personas** que trabajan con enfermos y no con enfermedades, que no separan las dolencias y malestares ("illness") de las enfermedades ("diseases")⁶

Todo proceso de enfermar requiere **una respuesta en tres planos**: biológico, psicológico y social (Engel), con interacciones potenciales entre ellas, en base a un modelo que es indicativo y no-prescriptivo. Una realidad que, ya nadie cuestiona, pero que hasta la fecha ha tenido una reducida proyección en la práctica de la atención primaria. Es la hora de intentar implementar esta estrategia que está en la base de la medicina comunitaria.

En este mismo orden de cosas, la práctica de la medicina general tiene que superar el dualismo (que separa lo físico de lo psicológico), porque al atender el cuerpo, también atendemos la mente (Epstein): las terapias corporales pueden curar la mente y las terapias mentales pueden curar el cuerpo. Hay que escuchar, apoyar, tranquilizar... a todos los pacientes, no sólo si tienen enfermedades mentales. La escucha empática y humana es compatible con la escucha semiológica. La incorporación de profesionales de

5 I.R. McWhinney: Core values in a changing world. BMJ., 316 (1998), pp. 1807-1809

6 I.R. McWhinney: Family medicine in perspective. N Engl J Med, 293 (1975), pp. 176-181

La Psicología puede ser una herramienta fundamental y no sólo para trabajar con pacientes, sino también con los profesionales sanitarios...

La atención “centrada en el paciente”. Y no en una relación jerárquica determinada por la oferta sanitaria. La función de los profesionales de la salud es ayudar a sus pacientes (centrarse en sus necesidades) en todas las fases del proceso: promoción de la salud, prevención, cura o alivio, recuperación y acompañamiento al final de la vida. Precisa habilidades relacionales e incorporar al paciente en el proceso.

El paciente ha de ser considerado como a una persona que sufre con una historia única e irrepetible, y en un contexto familiar y social particular, no sólo como portador de una enfermedad. Las políticas sanitarias, la industria y los profesionales han banalizado la enfermedad, sustrayendo al ciudadano el control y la toma decisiones sobre su propia salud. Se ha convertido al paciente en un inútil, incapaz de decidir sobre su propia salud que debe ser vigilada y tutorizada por un sistema paternalista, que decide y marca las pautas de actuación.

La salud no es la ausencia de conflictos, sino la capacidad de poder afrontarlos y resolverlos, con una tendencia constante y dinámica a mantenerse en homeostasis, frente a los normales desequilibrios que se suceden. Y la enfermedad, al igual que la salud, debe ser entendida como multifactorial (la interacción de persona-familia-comunidad, espacio-tiempo, entornos culturales-naturales, genómica, etc.) Múltiples determinantes en red que pueden ser aislados tan sólo con fines explicativos porque, en definitiva, no pueden separarse.

Retos de la Prevención en AP. Declaración de Shangai, OMS 2016

- (1).- La prevención en salud es social, en base a estrategias políticas multisectoriales.
- (2).- Los profesionales sanitarios debemos velar por la prevención cuaternaria: prioritariamente no hacer daño (medicalización excesiva, sobrediagnóstico y sobretratamiento).
- (3).- Urge fomentar la alfabetización en salud del paciente, y también la del propio profesional sanitario, que tiene, en muchas ocasiones, conceptos equivocados sobre la prevención clínica.
- (4).- Es necesario un debate profesional y social sobre el concepto de riesgo, tendemos a sobreestimar el riesgo al igual que la capacidad tecnológica para reducirlo.

Así, por ejemplo, en la práctica de AP, la prevención cardiovascular sigue siendo fundamentalmente farmacológica, con ampliación de la definición de la enfermedad en hipertensión o diabetes. Con respecto al cáncer se sigue sin promover la prevención primaria y reconocer las causas socioeconómicas y ambientales que están detrás de muchos tumores. En las enfermedades infecciosas no se admiten dudas sobre las vacunas. En salud mental no se alude a los factores sociales o al abuso de psicofármacos...

Se sigue hablando de estilos de vida y no condiciones de vida, con la equivocada idea de que los comportamientos son decisiones racionales individuales, descontextualizadas de las condiciones socio-económicas y los determinantes comerciales.

En el Barómetro sanitario ante la pregunta: “¿Con qué frecuencia su médico/a de cabecera o el/la profesional de enfermería le da consejos sobre alimentación y hábitos de vida saludables (tabaco, ejercicio, consumo de alcohol, etc.)?” La tabla es expresiva de una baja tendencia a promover actividades de prevención y promoción en las consultas de AP, dominadas por la presión asistencial:

2018. Actividades Preventivas	Siempre	Habitualmente
Asturias	23,4	22
Total	15,8	27,6

El rol de los profesionales

La implicación y participación de los profesionales es una asignatura pendiente, imprescindible para construir el futuro de AP. En una actividad como la salud / sanidad, en donde el conocimiento es clave, existe una gran paradoja entre la autonomía que tiene el profesional en la consulta y el bolígrafo (con una gran repercusión sobre el gasto sanitario) y, en paralelo, la casi nula autonomía y capacidad de intervención sobre la organización y las decisiones estratégicas, lo que convierte al profesional en alguien ajeno y distante, que justifica el “yo a lo mio” y dificulta el trabajo en equipo y la cooperación transdisciplinar. El consenso y criterios de estricta profesionalidad tienen que ser los instrumentos del cambio.

Autonomía de Gestión: Los Equipos deben tener mayor autonomía y responsabilidad en la gestión: personal, permisos, horarios, docencia, investigación. La rigidez actual es perversa ya que, cualquier iniciativa o cambio debe ser autorizada por la gerencia, con los coordinadores convertidos en capataces de lo cotidiano. El centro de salud deberá estar gestionado por un profesional de AP, de acuerdo con un perfil de méritos establecido y el consenso de los trabajadores del centro.

El trabajo en equipo: Se debe romper la visión del médico como vertice de la pirámide, que determina todas las pautas de actuación. Tampoco es válida la visión de compartimentos estancos, donde cada uno realiza una serie de actividades independientes y a veces exclusivas. Nada es propio o exclusivo, todo esta interrelacionado.

La asignación de nuevas funciones y capacidad de resolución a los profesionales de enfermería, es otro de los grandes cambios que necesitamos. Se trata de una demanda básica porque el potencial de la enfermería es muy superior a las funciones que tiene actualmente encomendadas. Redefinir las funciones que hace habitualmente el médico de familia y ampliar las funciones de la enfermería en la atención aguda y no

sólo en la atención programada como ocurre en estos momentos. El desarrollo de la especialidad de enfermería comunitaria ha permitido que profesionales muy capacitados y a la vez muy motivados, faciliten un cambio en el modelo de atención.

La convergencia socio-sanitaria: El Centro de Salud y Bienestar Social

La reforma de la atención primaria tiene que avanzar hacia un modelo integrado con los servicios sociosanitarios, desde la premisa de que el 80% de la atención en AP corresponde a procesos crónicos frecuentemente emandantes de apoyos comunitarios. La respuesta puede ser un dispositivo organizativo único, lo que se ha denominado: **Centro de Salud y Bienestar Social (CSBS)**, o bien, a través de planes específicos de cooperación establecidos entre el Centro de Salud y los servicios sociosanitarios y sociales comunitarios (trabajo social, psicología, educación familiar, menores, ayuda a domicilio, dependencia y otros programas y servicios comunitarios).

Creemos que promover la cooperación con los servicios comunitarios, exige la generación de nuevas estructuras y redes de conexión con los ayuntamientos, los servicios sociales, de dependencia y paliativos, conformando un modelo de atención integral, basado en la salud y no en la enfermedad, con la finalidad de mejorar la salud de su población y no sólo organizar la atención a los pacientes.

Una reforma de estas características requiere consenso en en los principios de actuación: universalidad, equidad, desconcentración, territorialización, contextualización, democratización de equipos, participación usuarios (su aportación y movilización es decisiva en el diagnóstico, intervención, soluciones) y proactividad hacia grupos vulnerables...

Cada Centro de Salud debe elaborar un plan de salud comunitario, que incorpore la participación efectiva de la comunidad, con el compromiso de su revisión periódica. El éxito de su actividad se medirá en términos de ausencia de enfermedad y no en niveles de curación.

Uno de los recursos necesarios es el apoyo a esta estrategia de los servicios de salud pública, lo que implica que la Salud Pública tenga una estructura de Área que permita esta colaboración, dado que en estos momentos este dispositivo es muy débil o incluso inexistente en la mayoría de las áreas.

Atención primaria comunitaria y participación social

El desarrollo “comunitario” de la AP no puede ser, otra vez, un conjunto de buenas deseos carentes de contenido real, sino que tiene que asumir que la prevención en salud es social⁷ y se basa en políticas públicas multisectoriales sobre los determinantes sociales de la salud. La enfermedad (la morbi-mortalidad) está determinada socialmente, aunque muchos factores no puedan ser verificables. La Organización Mundial de la Salud, en 2008, estableció como determinantes sociales de la salud: “la situación en la

7 Sackett D L: The arrogance of preventive medicine CMAJ ; 167 (4): 363-364, 2002 .

que la población: crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistema que se utiliza para combatir la enfermedad”⁸

Los Consejos de Salud han de ser el cauce de la participación de la Comunidad, de composición abierta, con reglamentos y competencias bien definidas. La promoción de la salud es la actividad fundamental de estos consejos, con función reivindicativa y de abogacía sobre las desigualdades y los problemas medioambientales, socioeconómicos, alimentarios, de consumo y otros que incidan en la salud. Y, en segundo lugar, identificar los problemas y necesidades sanitarias de equidad y calidad.

La participación ha de constar entre las obligaciones evaluables de los Programas y la Cartera de Servicios del Sistema Sanitario. Si falla la participación fallará todo lo demás.

Coordinación con el sistema sanitario

De acuerdo con Barbara Starfield⁹, los especialistas de hospital no deberán abandonar nunca su papel de consultores, mientras que los equipos multidisciplinares de AP deberán ser los que se harán cargo de la gestión de los pacientes en el conjunto del sistema, a través de implementar la coordinación con el conjunto del sistema y la toma de decisiones compartida con el paciente.

Por otra parte, en el caso de la coordinación Hospital-AP siempre hemos planteado que entre las obligaciones de los servicios hospitalarios, una fundamental sería acudir /conectar periódicamente a los centros de salud para revisar casos clínicos, protocolos, etc. Una medida simple, pero que sería de gran eficacia... Es necesario, así mismo, desarrollar y potenciar las consultas virtuales y de imágenes.

Finalmente, las consultas telefónicas, electrónicas por correo o whatsapp entre pacientes y profesionales sanitarios y entre los propios profesionales sanitarios entre sí, son formas de comunicación muy operativas que se utilizan profusamente en otros sistemas sanitarios. La medicina no presencial ayuda a reducir la demanda sobre la primaria e incluso activa a los pacientes a ser más responsables, siempre y cuando no sustituya la relación personal y directa (presencial) que es la base de la consulta de AP. Se pueden controlar numerosas enfermedades a distancia en conexión con la atención primaria. La enfermería comunitaria tiene que ser parte de este desarrollo.

Consumismo, medicalización y prevención cuaternaria

Se ha medicalizado la soledad o la insatisfacción, buscando soluciones químicas y no sociales a los avatares de la vida cotidiana, transformando al sano en enfermo y al paciente en cliente-usuario, cuyas necesidades deben ser atendidas con inmediatez y proximidad. La oportunidad o calidad de la atención prestada es accesorio, mientras la necesidad de atención haya sido satisfecha. Mientras siga primando una mal entendida accesibilidad y proximidad (tener el recurso al alcance de la mano), el problema seguirá creciendo, porque como clientes somos cómodos y asociamos calidad a inmediatez.

8 OMS: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf?ua=1

9 Starfield B. La eficacia de la atención médica. Validez del juicio clínico. Masson: Barcelona; 1989.

Se precisa educación sanitaria de largo recorrido, arrojo político y un nuevo marco relacional para reconducir las demandas de una ciudadanía que desea inmediatez y proximidad.

La medicalización no sólo contribuye poderosamente a la masificación de las consultas, sino que induce costes y efectos adversos. Su origen es multifactorial, existiendo diversas causas y actores implicados (industria farmacéutica, medios de comunicación, industria farmacéutica, políticos, gestores, profesionales sanitarios) con un rol fundamental del sector sanitario en este proceso, a la vez, actor y víctima. Es necesario implementar las estrategias de “no hacer” pero su recorrido (al menos hasta el momento) es todavía muy limitado y, en todo caso, no descarta la necesidad de promover medidas efectivas contra la medicalización y la polifarmacia, con estrategias de desprescripción.

Con respecto a la seguridad, los mayores riesgos están en los errores y efectos adversos de los medicamentos. Los programas de apoyo y evaluación del uso razonado y prudente de los medicamentos y potenciar el rol de la farmacia comunitaria tienen que tener carácter prioritario.

Valores, formación, docencia e investigación

La necesidad de cambios en profundidad para conseguir garantías de probidad e independencia en la Atención Primaria, contemplando al menos las siguientes cuestiones:

La formación continuada tiene que depender del sector público. A tal efecto, se constituirá un Fondo de formación que dependa de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias, dotado con recursos propios e impuestos finalistas procedentes de la industria, con un reglamento de funcionamiento de buen gobierno y transparencia acordado, supervisado y sometido a auditoría.

Declaración pública e individualizada de las transferencias de valor para reuniones científicas y cursos profesionales; prestación de servicios e investigación, las fuentes de financiación, pagos a ponentes y detalle de gastos. Incluye a las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes y usuarios de la Sanidad.

Prohibir/ intervenir sobre la actividad comercial en los centros sanitarios y educativos, incluida la “visita médica”, al menos en horario laboral, y la aceptación de regalos o prebendas de acuerdo con lo establecido por la legislación vigente. No se contabilizarán como mérito profesional (no estarán acreditadas) aquellas actividades que hayan sido patrocinadas o financiadas por la Industria, es decir, el denominado “currículo oculto”.

En los planes de investigación es preciso incluir premios o incentivos para aquellos estudios que se dirijan hacia los problemas prioritarios de la salud de la población, en un marco que impulse e incentive la investigación Open Access y Open Data. Se requiere establecer condicionalidades que garanticen el retorno de las inversiones públicas que se realicen en este ámbito.

Recomendaciones

- 1. Presupuestos.** Incrementar notablemente los presupuestos sanitarios para AP, una cifra que se estima razonable es el 20% del presupuesto sanitario público, con el objetivo de llegar al 25% en años posteriores. La financiación ha de ser finalista para garantizar que la inversión presupuestada se destine realmente a la AP. Hay que ser conscientes de que las carencias de personal de enfermería y administrativo acaban suponiendo una sobrecarga de actividades inapropiadas a los profesionales médicos generando problemas de saturación de consultas, poco tiempo de atención efectiva, demoras en las citas, etc.
- 2. Plantillas.** Hay una gran presión sobre los profesionales de AP que no se ha reducido desde la crisis de 2.008 pese a la constante disminución de la población. Es necesario acabar con la precariedad laboral que está cronificada (según una encuesta de la Organización Médica Colegial realizada antes de la pandemia y publicada en 2020, la tasa de temporalidad existente en el sistema sanitario público español afecta a más del 36% del personal médico) y que la cobertura de las sustituciones sea del 100%.

Para profesionales de medicina y enfermería han de corresponder un máximo de 1.250 TSI; 1.000 para pediatría; y 1.700 para personal administrativo (aunque lo lógico sería establecer límites de acuerdo con el perfil de la población: edad, morbilidad, dispersión). Es preciso avanzar hacia una relación de profesional de enfermería/ medicina de 1,5: 1; convocar todas las plazas de formación MIR acreditadas para pediatría, medicina de familia y enfermería comunitaria; terminar con la competencia desleal en la captación de los profesionales entre los sistemas sanitarios autonómicos, con salarios e incentivos homogéneos en todo el estado.

Es preciso asegurar el trabajo social en cada Centro de Salud y adecuar la cobertura de odontología (una plaza por zona básica) y matronas, estableciendo criterios homogéneos de dotación con plazos temporales para su cobertura.

En Psicología Clínica, hay que considerar que 1 de cada 3 consultas en AP están relacionadas con trastornos de naturaleza psicológica. El sistema público solo dispone de 2.800 plazas de Psicología Clínica (el 80% en Atención Hospitalaria). Para alcanzar la media europea de 6/100.000 habitantes frente a las 4,5 actuales) habría que crear 739 plazas.

Fisioterapia: La atención a patologías músculo-esqueléticas supone entre el 30-40% de carga asistencial de las consultas médicas y ocupan el 3º lugar en demanda (la falta de atención obliga a la población recurrir al sector privado). La OMS marca 1 fisioterapeuta por 10.000 habitantes, por lo que habría que crear 2.326 nuevas plazas para que todos los centros de Salud dispongan de una (en la actualidad hay 722).

La Farmacología Clínica de AP es esencial para racionalizar la prescripción: Las primeras posiciones de medicación las ocupan los antibióticos (estamos a la cabeza del mundo en prescripción y resistencias), ansiolíticos, opioides y estatinas. En su conjunto, un gasto innecesario generan adicciones e yatrogenia

3. Accesibilidad. Hay que garantizar la accesibilidad y la continuidad porque son las dos características principales de la AP. Hay que asegurar que más del 95% de la demanda se atenderá en 48 horas, única forma de evitar el crecimiento de las urgencias hospitalarias y de las consultas y los seguros de la medicina privada. La falta de cita con su médico habitual, es decir la ausencia de continuidad, es la principal causa para acudir a las urgencias hospitalarias. La utilización de las urgencias de AP se han incrementado ligeramente durante.

4. Rectificar el modelo. La crisis de la AP, no sólo obedece a problemas presupuestarios o de recursos humanos, sino que hay problemas de adaptación a una realidad social cambiante que induce un modelo consumista y medicalizador, en donde las actividades de promoción y prevención son poco utilizadas y apenas se abordan los determinantes de la salud medioambiental y laboral. Mientras que el gasto farmacéutico por recetas, que es el que depende sobre todo de AP, es excesivo y sigue creciendo por encima de los presupuestos, sin adecuada correlación con las necesidades reales. Además, la pandemia ha promovido la consulta telefónica casi en exclusiva.

La consulta tiene que ser relacional e individualizada contemplando los tres planos: biológico, emocional y social e integrando illness y diseases. AP debe de recuperar las actividades de promoción y la prevención cuaternaria, así como la visita domiciliaria y la atención comunitaria.

5. Marco relacional. Redefinir el modelo de AP para promover estrategias comunitarias de prevención y participación ciudadana, a través de la convergencia con los servicios sociales y sociosanitarios. AP debe de asumir la coordinación de la atención sociosanitaria y el control asistencial de las residencias de mayores y dependientes, y promover la participación comunitaria como una de las premisas de su actividad. Por otra parte, hay que mejorar de manera sustancial los mecanismos de coordinación entre la AP y la especializada para mejorar el seguimiento de los problemas de salud de la población.

La atención comunitaria requiere la cooperación con los servicios de la Comunidad y la generación de nuevas estructuras y redes de conexión con los ayuntamientos, los servicios sociales, de dependencia y paliativos: Centro de Salud y Bienestar Social (CSBS). La participación de la ciudadanía se debe ubicar en estas coordenadas para un abordaje integral de la salud.

- 6. Medicalización y prevención cuaternaria.** El proceso de convertir al sano en enfermo y al paciente en consumidor- cliente, es uno de los mayores determinantes de la situación actual de la Atención Primaria: masificación, costes, polimedización, efectos adversos... Es necesario desarrollar programas de desprescripción y apoyo y evaluación al uso razonado y prudente de los medicamentos, potenciar el rol de la farmacia comunitaria.
- 7. Mejoras organizativas y funcionales.** Recuperar y promover el trabajo en equipo, asignando unos roles que garanticen el uso racional y eficiente, así como la atención integral de salud. La implicación de los profesionales y la autonomía de gestión son dos cuestiones relacionadas e inaplazables, a la vez que una mayor transparencia en la información del funcionamiento en cuanto a recursos, actividad, calidad y resultados en salud. Los medios técnicos a los que tiene acceso desde AP son limitados y sobre todo muy diferentes según las CCAA, aunque los datos homogéneos existentes están poco actualizados, es necesario aumentar de manera significativa la capacidad de resolución de la AP ampliando y homogeneizando el acceso a técnicas diagnósticas y terapéuticas, y a los recursos tecnológicos. Hay que potenciar la formación continuada – pública - de los profesionales y la investigación para un mejor abordaje de los problemas de salud más prevalentes y sus determinantes.

La finalidad es promover la implicación, la independencia y la probidad en la Atención Primaria.

ANEXO: ATENCIÓN PRIMARIA Y LA DECLARACIÓN DE ALMA ATA

La Conferencia internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma-Atá el día 12 de septiembre de 1978 establecía lo siguiente:

VI. La atención primaria de salud es atención sanitaria esencial... Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada.

VII. La atención primaria sanitaria: (1) Refleja las condiciones económicas y socioculturales, así como las características políticas del país y de sus comunidades, desarrollándose a partir de ellas, y está basada en la aplicación de los resultados apropiados de la investigación social, biomédica y de servicios sanitarios, así como en la experiencia sobre salud pública.(2) Se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad, y para ello, proporciona y promueve servicios preventivos, curativos y rehabilitadores.(3) Incluye como mínimo: educación sobre los problemas sanitarios más prevalentes y los métodos para prevenirlos y controlarlos; promoción sobre el suministro de alimentación y de correcta nutrición; adecuado suministro de agua potable y saneamiento básico; asistencia maternal e infantil, incluyendo la

planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las enfermedades endémicas locales; apropiando tratamiento de las enfermedades comunes y los traumatismos, y provisión de los medicamentos esenciales.(4) Implica, además del sector sanitario, a todos los sectores relacionados y a diferentes aspectos del desarrollo nacional y comunitario, en particular, la agricultura, los animales de labranza, la industria alimentaria, la educación, la vivienda, los servicios públicos, las comunicaciones y otros sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos estos sectores.(5) Requiere y promueve un autodesarrollo comunitario e individual al máximo posible, con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria, haciendo un uso más completo de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles; y para finalizar, desarrolla, a través de una formación apropiada, la habilidad de las comunidades para participar.(6) Debería mantenerse por sistemas de interconsulta integrados, funcionales y mutuamente apoyados, con vistas a una mejora progresiva e integrada de la atención sanitaria para todos, y dando prioridad a los más necesitados.

(7) Se desarrolla a niveles locales y a niveles de apoyo, mediante los profesionales sanitarios, incluyendo a los médicos, enfermeras, comadronas, auxiliares y asistentes sociales, en lo que corresponda, así como los tradicionales y necesarios médicos de cabecera, correctamente formados social y técnicamente para ejercer como un equipo sanitario a fin de responder a las necesidades sanitarias expresadas por la comunidad.

A pesar de los esfuerzos por conseguir establecer un modelo sanitario eficiente en cada país, 193 gobiernos reclamaban las insatisfactorias condiciones de salud por la que las personas de su país estaban aconteciendo. Por lo cual, se celebró en Kazajstán, el 25 y 26 de octubre de 2018 la Conferencia de Astaná sobre atención primaria de salud: De Alma-Ata a la Cobertura Universal de Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible:

Para afrontar los desafíos de la era moderna en cuanto a salud y desarrollo, necesitamos una APS que: (1) empodere a las personas y las comunidades para que se sientan dueñas de su salud, defiendan las políticas que la promueven y la protegen, y asuman el papel de arquitectos de la salud y los servicios sociales que contribuyen con la salud; (2) aborde los determinantes sociales, económicos, ambientales y comerciales de la salud por medio de acciones y políticas que estén basadas en la evidencia y abarquen a todos los sectores; y (3) asegure un sistema de salud pública y una atención primaria fuertes a lo largo de la vida de las personas, como elementos centrales de la prestación de servicios integrados. Al menos 80% de las necesidades de salud pueden atenderse mediante esta visión de la APS y la CUS. Sin embargo, las sociedades no se mueven automáticamente hacia la salud y la equidad en salud. Para alcanzar esta meta, debemos tomar medidas expresamente encaminadas a reforzar los tres componentes de la atención primaria de salud, haciendo hincapié en una mayor equidad, calidad y eficiencia.

Referencias

- Consulta Interactiva del SNS. Pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es. 2019 (citado el 20 de febrero de 2019). Disponible en:
- EGSP Principales resultados 2016. 2016 (citado el 20 de febrero de 2019). Disponible en: <https://www.msrebs.gov.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
- FADSP: La crisis de la Atención Primaria y propuestas estratégicas para afrontarla. Salud 2000, 2019; 155: 13-14
- Federación de sanidad y sectores sociosanitarios CCOO; Estudio de plazas de formación sanitaria especializada 2018 (citado el 20 de febrero de 2019). Disponible en: http://www.sanidad.coo.es/comunes/recursos/30/2374891-Estudio_de_plazas_de_formacion_sanitaria_especializada_2018_.pdf
- Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Inclasns.msssi.es. 2019 (citado el 20 de febrero de 2019). Disponible en: <http://inclasns.msssi.es/main.html>
- Memorias e Informes del Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid. 2019 (citado el 20 de febrero de 2019). Disponible en: <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/memorias-e-informes-servicio-madrileno-salud2> Karakinos M, Mladovsky P, Cylus J, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. Published online March 27, 2013 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6). Disponible en: www.thelancet.com
- European Observatory on Health Systems Policies. Health, health systems and economic crisis in Europe. Impact and policy implications, World Health Organization, (2013)
- Van Doorslaer E, García-Gómez P. Health inequality and the economic crisis: what do we know? XXXIII Jornadas AES. Santander. Conferencia de clausura. Disponible en: <http://www.aes.es/Jornadas2013/pdf/plenari/SP-D21.pdf>
- D.C. Dávila Quintana, B. González López-Valcárcel Crisis económica y salud Gac Sanit, 23 (2009), pp. 261-265
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Comunidad de Madrid. 2019 (citado el 20 de febrero de 2019). Disponible en: <https://www.msrebs.gov.es/estadEstudios/sanidadDatos/home.htm>
- [Palomo Cobos L \(coordinador\): Expectativas y realidades en la Atención Primaria española. Fundación 1 de Mayo y Ediciones GPS. Madrid 2010](#)
- Palomo Cobos L, Sánchez Bayle M: La Atención Primaria española: Situación actual y perspectivas cuarenta años después de Alma-Ata. Laboratorio Alternativas nº 196/2018 (12-04-18) (citado 7 de abril de 2019). Disponible en: <https://www.fundacionalternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/la-atencion-primaria-espanola-situacion-actual-y-perspectivas-cuarenta-anos-despues-de-alma-ata>

- Pozo Robles A: La atención primaria de Astaná, o revisando Alma Atá. Salud 2000 ; 2018; 154: 23-25
- Sánchez Fernández C, Villaverde Espinosa F, Sánchez Bayle M. Los años de la crisis en Atención Primaria. (1) Evolución del gasto sanitario de AP. Acta Sanitaria. 2019 (citado el 7 de abril de 2019) Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/los-anos-de-la-crisis-en-atencion-primaria-1-evolucion-del-gasto-sanitario-de-ap/>
- Sánchez Fernández C, García Espada D , Sánchez Bayle M. Los años de la crisis en Atención Primaria. (2) Recorte en los recursos humanos. Acta Sanitaria. 2019 (citado el 7 de abril de 2019) Disponible en <https://www.actasanitaria.com/los-anos-de-la-crisis-en-atencion-primaria-1-evolucion-del-gasto-sanitario-de-ap/>
- Sánchez Fernández C, Villaverde Espinosa F, Sánchez Bayle M. Los años de la crisis en Atención Primaria. (2) Recorte en los recursos humanos. Acta Sanitaria. 2019 (citado el 7 de abril de 2019) Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/los-anos-de-la-crisis-en-atencion-primaria-2-recorte-en-los-recursos-humanos/>
- Sánchez Fernández C, Villaverde Espinosa F, Sánchez Bayle M. Los años de la crisis en Atención Primaria. (3) La opinión de la población. Acta Sanitaria. 2019 (citado el 7 de abril de 2019) Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/los-anos-de-la-crisis-en-atencion-primaria-3-la-opinion-de-la-poblacion/>
- Sistema Nacional de Salud. 2019 (citado el 20 de febrero de 2019). Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/home.htm>
- Starfield B. Is Primary Care Essential? Lancet. 1994; 344:1129–33.
- Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades servicios y tecnología. Barcelona: Masson, S.A.; Fundació Jordi Gol i Gurina; Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria; 2001.
- [Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Quarterly. 2005; 83\(3\):457–502.](#)
- WHO: Declaration of Astana 2018. (consultado el 8 de abril de 2019). Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
- WHO: Declaration of Alma-Ata 1978 (consultado el 8 de abril de 2019). Disponible en : http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf