

Analisis de la situacion de la atencion primaria tras la epidemia de la COVID y medidas para intentar solucionarla

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

Antecedentes de la problemática situación de la Atención Primaria antes de la epidemia de COVID

Aunque la Atención Primaria en España ha tenido un importante desarrollo a partir de la aplicación de los postulados de la OMS aprobados en la Conferencia de Alma Ata con la creación la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, el Decreto de las Estructuras de Atención Primaria y la Ley General de Sanidad, en los años 80 del pasado siglo, la realidad es que no alcanzó desarrollar las expectativas inicialmente previstas y sufrió un lento pero continuado proceso de deterioro por falta de inversión, recortes de personal y sometimiento a los servicios hospitalarios, proceso acelerado en los últimos años tras la crisis del 2008.

La AP mejoró los sistema de información, la historia clínica, la protocolización de las actividades dirigidas de los principales problemas de salud o el trabajo en equipo, pero esta reforma que casi reducida a la medicina y enfermería y la promoción y prevención a las actividades de los PAPPs, sin que se desarrollaran plenamente los procesos asistenciales ni el trabajo comunitario. La AP se centró en la consulta medica (el 97% del total de la actividad de los Centros de Salud), en el tratamiento de la enfermedad y en el cribaje de pacientes para las especialidades hospitalarias.

La ausencia de poder real, el sometimiento a los servicios hospitalarios, las barreras de acceso a los recursos diagnósticos y la falta de equipamiento

impidió que la AP adquiriera en estatus de base del sistema y se perdieran las características especiales que la definen como la integralidad, continuidad, longitudinalidad y capacidad resolutoria. Ahora tras la epidemia de COVID le ha tocado el turno a la accesibilidad.

Por último los recortes de personal, la ausencia de una estrategia de educación sanitaria de la población para combatir la medicalización y el consumo sanitario y la concentración de todas las demandas en el personal médico acabaron transformando el proyecto inicial de salud comunitaria en un modelo ambulatorizado, masificado y saturado.

Como consecuencia la frustración del personal médico se extiende por la mayoría de los centros de salud mientras que se deterioran las relaciones con una población que no ve satisfechas sus demandas de atención, muchas de las cuales no deberían pasar por las consultas médicas (desbordadas y masificadas de manera irracional).

La queja continua, el mal clima laboral los enfrentamientos profesionales y las movilizaciones recurrentes del personal son el resultado de la obsolescencia de un modelo incapaz de responder a las necesidades sociales y a las expectativas profesionales.

LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA EPIDEMIA

1. Ha sido relegada a un papel subalterno cuando debería estar en foco de la lucha contra la pandemia

Se actividad esta subordinada a la hospitalaria

(algunas organizaciones de AP han propuesto que los pacientes acudan directamente a los hospitales en caso de duda sobre la gravedad de sus problemas). La AP debería tener un papel esencial para hacer frente a los retos de una epidemia relacionada con las condiciones medioambientales, los desplazamientos poblacionales, las relaciones sociales, la situación de pobreza y marginalidad de muchos grupos sociales y sobre todo de las condiciones en las residencias de mayores (en gran parte manos de multinacionales y fondos de inversión y donde se han concentrado más de la mitad de la mortalidad).

2. Se han levantado barreras para acceder a los Centros de Salud

Con la excusa de evitar contagios y como consecuencia de la falta de personal, insuficiencias de locales, escasez de personal administrativo y sobre todo las importantes deficiencias de gestión, se han levantado barreras de acceso a los centros de Salud. Se ha sustituido buena parte de la consulta presencial por la telefónica, se han generado listas de espera (superiores en algunos centros a la semana) para consultas presenciales e incluso telefónicas (en algunas áreas es más fácil acceder a una consulta de especialidad hospitalaria que de primaria). Resulta inaceptable que para evitar acúmulos de personas, se obligue a la población a esperar en la puerta de centros. Alguna parte del personal acepta de manera acrítica a esta situación o incluso la justifica.

3. Se están deteriorando de los valores fundamentales de la Atención Primaria

Esta situación supone un importante retroceso para la integralidad, la continuidad de la atención y sobre todo el trabajo comunitario que nunca tuvo un importante implantación. Una parte del personal sometido a situaciones de estrés o de contagios está de baja (sin sustituciones), lo que incrementa el malestar y el deterioro de la situación.

4. Las dificultades para acceder a la atención están favoreciendo la privatización e incrementado las desigualdades de salud

Los problemas de acceso a la atención, las esperas y la dificultad para contactar con los Centros de Salud (en algunos centros presentan más de diez llamadas telefónicas sin respuesta) está favoreciendo que parte de la población este recurriendo a las urgencias hospitalarias y al sector privado

para recibir una asistencia que se le niega o dificulta en la pública. La paralización parcial de la AP ha favorecido dramáticamente la privatización: 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.

La frustración del personal médico se extiende por la mayoría de los centros de salud

Por otro lado en la práctica totalidad las Residencias de Mayores siguen sin recibir asistencia de los Centros de Salud (atendidos en contadas ocasiones por personal sanitario privado a tiempo parcial. Las personas mayores internadas pierden el derecho a la atención primaria pública al ingresar en las mismas.

5. Por primera vez están apareciendo tensiones entre población y Atención Primaria

Esta tensión se objetiva en las protestas y manifestaciones convocadas a nivel local por las dificultades para contactar y recibir atención, que habría que resolver de manera urgente antes de que el deterioro de la situación sea irreversible. La Atención Primaria, que gozaba de un gran prestigio social, corre el riesgo de perderlo lo que sería desastroso para el futuro de la misma ya que sin apoyo social no hay posibilidad de cambiar una situación dominada por la atención hospitalaria y la medicina curativa.

HAY QUE CAMBIAR EL RUMBO DE LA PRIMARIA

Reabrir los Centros de Salud no puede significar volver a la situación anterior de consultas médicas masificadas que crecieron un 9% entre 2010 e 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 5 minutos por paciente algo incompatible con la calidad y la capacidad resolutoria.

Pero tampoco la reducción de las consultas puede ser a costa de dificultar la accesibilidad de la población a los Centros como señalan algunas propuestas para establecer un tope máximo de consultas al día (que incrementaría las listas de espera), poner triajes a cargo del personal administrativo de enfermería pueden favorecer errores que pongan en peligro la salud de los pacientes, lo mismo que priorizar las consultas telefónicas o telemáticas (algunas organizaciones corporativas medicas proponen que el 80% de la demanda se realice por teléfono), algo incompatible para la comunicación, la exploración, el conocimiento o el contacto directo entre la AP y la población. Mantener de las barreras de acceso a los Centros tendrá un efecto devastador para la Atención Primaria que perdería su función de primer contacto y de control de la atención de la población a su paso por el sistema.

REDISTRIBUIR LAS DEMANDAS ENTRE CONSULTAS MEDICAS Y DE OTROS PROFESIONALES QUE TENGAN UNA MEJOR CAPACIDAD PARA RESPONDERLAS

Esta estrategia debería descasar en tres pilares fundamentales:

- ▶ Incrementar los recursos.
- ▶ Modificar la composición de los equipos multidisciplinarios.
- ▶ Desarrollar el modelo de Atención Comunitaria .

1. Incrementar el presupuesto de Atención Primaria

Recuperar los presupuestos de Atención Primaria recortados durante la crisis del 2008 , que descendieron al 14% y que deberían crecer hasta el 25% del Gasto Sanitario Total. A esto habría que añadir el fondo de 1.080 millones del Ministerio de Sanidad para recuperar la Atención Primaria tras la epidemia COVID. La distribución de este fondo finalista debería repartirse entre los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas según criterios de equidad y necesidad (población, envejecimiento o dispersión)

2. Recuperar los Centros de Salud cerrados

Desde el año 2015 se han cerrado 250 centros de Salud en todo el Estado, lo que explica la falta de espacios y personal para hacer frente a la pan-

demia. Aumentar el número de nuevos Centros de Salud y el espacio en los mismos evitaría aglomeraciones y prevendría contagios en nuevas epidemias como la COVID.

3. Acabar con los déficit de personal, ampliar los equipos con nuevas categorías profesionales y desmedicalizar la atención: primaria

Los nuevos fondos transferidos a sanidad por la UE dese deberían destinarse a crear y ampliar infraestructuras y equipamientos y aumentar el presupuesto para el capítulo de personal.

Esto significa a corto plazo un aumento de al menos 2.000 profesionales de medicina y 4.500 de enfermería en AP en todo el país. A medio plazo deberíamos avanzar hacia una relación de profesional de enfermería/ de medicina de 1,5. Por otro lado no parece razonable aceptable que la AP tenga el 25% de las plazas medicas frente 56% de la hospitalaria, cuando la proporción Europa es de 1/1).

4.000 nuevas plazas de Personal de Enfermería y ampliar sus funciones dentro de los Equipos. Esta categoría profesional es imprescindible para prestar cuidados en consultas y domicilios (solo el 7,9% de las consulta de enfermería se realizan en estos últimos). En enfermería existe una anomalía crónica en el sistema sanitario español, ya que la ratio de TSI por profesional es mayor que la de medicina, cuando lo habitual en otros países (UE, OCDE) es que sea 1,5 inferior. Esta categoría profesional es clave para atender las nuevas patologías asociadas al envejecimiento y la cronicidad.

Incrementar e incorporar a los Centros de Salud nuevas categorías profesionales: como personal de recepción y administración esencial para garantizar el acceso, la información y la orientación de la población a los centros, desbordado por una demanda creciente: Psicología Clínica dado que una de cada 3 consultas en AP están relacionadas trastornos de naturaleza psicológica; .Fisioterapia dado que la atención a patologías músculo-esqueléticas suponen entre el 30-40% da carga asistencial de las consultas medicas; Odontología y protésicos dentales; Logopedia; Farmacología Clínica de AP esencial para racionalizar la prescripción (Las primeras posiciones de medicación las ocupan los antibióticos, ansiolíticos, opioides, estatinas, etc., que además de un gasto innecesario generan adicciones y yatrogenia. La cuantía de todas esta nuevas categorías debería fijarse atendiendo a criterios de necesidad y equidad.

4. Desarrollar las áreas de Salud para promover una Atención de Salud Integral basada en la Salud Comunitaria y la Participación Social:

- ▶ Incrementar la plazas de Trabajo Social para responder a las demandas relacionadas con situaciones de marginación social, abandono, pobreza, que se han acrecentado tras la pandemia y que influyen de manera importante en la misma: La población con peor situación económica, que supone el 20% del total, presenta tres veces mas incidencia de infecciones por COVID que el resto.
- ▶ Coordinar los Centros de Salud con los Ayuntamientos y otros recursos de la comunidad como organizaciones sociales y sistema educativo para intervenir de manera integral y eficaz sobre los determinantes de la salud: medioambiente, alimentación, ejercicio físico, comunicaciones, educación para la salud...
- ▶ Prestar atención a las Residencias de Mayores y coordinar los Centros con los Servicios de Dependencia.
- ▶ Integrar los Servicios de Salud Pública en las Áreas para garantizar la actividades de vigilancia epidemiológica y lucha integral contra las epidemias .
- ▶ Incorporar a la población a la planificación, desarrollo, control y evaluación de las actividades de los Centros, desarrollando los instrumentos de Participación en los Centros de Salud y Áreas Sanitarias.
- ▶ Incidir en las instancias pertinentes de la administración para que la Formación MIR y EIR de Familia y Comunitaria incorpore contenidos suficientes en materia de salud pública, salubrisimo y salud comunitaria, y tanto en su currícula formativo como en los procesos de evaluación de la respectiva especialidad. Por la misma razón, el trabajo con estos contenidos y en actividades de participación comunitaria deberán ir incorporados y contemplados en las carteras de servicio de cada equipo de Zona o Área.

5.- Poner la Atención Primaria en el eje del sistema:

- ▶ Mejorar la coordinación con los hospitales de cada área.
- ▶ Potenciar los Procesos Asistenciales que deberán ser coordinados desde los Centros de Salud.

6.- Mejorar la relación con la población

Limitar las consultas telefónicas y de telemedicina a actividades que no requieran presencia física para que estas no sustituyan a las consultas presenciales. El contacto directo y accesible de la población es el elemento capital de la Atención Primaria.

ANEXO I

LA REFORMA DE LA MEDICINA DE FAMILIA EN EL MEDIO RURAL EXIGE DE MEDIDAS ESPECIFICAS DADA SU ESPECIAL SITUACIÓN

Un punto importante es la Reforma de la medicina de familia en el medio rural.

La Atención Primaria (AP) en el área rural presenta una problemática muy distinta a la medicina de AP que se desarrolla en zona urbana y se debe analizar desde otra perspectiva. En el contexto rural la carga asistencial no es el problema principal como ocurre en el entorno urbano. En la zona rural los factores limitantes son la dispersión geográfica, la población envejecida, la limitación de acceso a pruebas complementarias, el aislamiento de los profesionales, el déficit de actualización médica de los profesionales, las infraestructuras precarias, entre otros.

Por todo ello, consideramos que Se debería invertir en:

RECURSOS HUMANOS

Estrategia:

Aumentar la capacidad resolutoria y la polivalencia del personal actual resulta en ocasiones más eficiente que aumentar el número de profesionales. Apostar por CALIDAD no por CANTIDAD.

Acciones:

CONTACTO PERIÓDICO Y ESTRECHO: el contacto estrecho y periódico por parte de la gerencia con vistas a identificar las dificultades, problemas y deficiencias con las que se encuentran los profesionales en la zona rural y los déficits formativos, identificando las diferentes áreas de mejora posibles, no solo constituye una acción responsable si no también imprescindible a la hora de implicar a los profesionales y desarrollar los planes formativos.

vos, generar alicientes en el personal y fidelizar a sus trabajadores. Las gerencias de AP contactarán con los profesionales que no cumplen para ver cuál es la causa y buscar soluciones y si fuera preciso la sanción, vendría después en caso de persistencia en el incumplimiento.

FORMACIÓN

En zonas tan dispersas y aisladas como “la España vaciada”, en la que muchas veces son los Equipos de Atención Continuada o EAP los que primero llegan a asistir emergencias vitales y en el que los tiempos de traslado al hospital son más largos, es necesario una actualización periódica (y obligatoria) en manejo de urgencias vitales de todos los equipos de atención continuada y AP.

Incluir en los programas de formación de los residentes de medicina familiar y comunitaria la rotación obligatoria (ahora está de forma voluntaria en su programa de formación) en el medio rural para conocimiento y sensibilización de esa parte de la medicina de familia y de la dificultad de la asistencia en ese entorno, dado que la accesibilidad es diferente al medio urbano. En el medio rural aumenta la dificultad para desplazarse los pacientes desde sus municipios al centro de salud para analíticas o el servicio de urgencias, pero sin embargo su cercanía al consultorio local les permite tener más cerca a su médico y enfermera de referencia y estos pueden desarrollar una medicina más integral en el medio del paciente.

FIDELIZACIÓN

Es necesario un cambio de enfoque en la estrategia de contratación de personal de los EAPs priorizando la continuidad asistencial. La continuidad asistencial es factor fundamental en todos los ámbitos asistenciales pero ESENCIAL en la medicina rural en la que su principal pilar de sostén es la relación de confianza entre profesional (sanitario, administrativo...)y paciente y el conocimiento del profesional no solo de la casuística de cada municipio, sino también de los “líderes comunitarios” y las redes de apoyo social. El equipo de atención primaria no realiza una labor exclusivamente asistencial, sino que es el referente de salud de la comunidad, siendo labor esencial la promoción y desarrollo de acciones en salud, MEDICINA COMUNITARIA.

COORDINACIÓN CON DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES

TELEMEDICINA

Desarrollo de la telemedicina, en forma de interconsultas no presenciales y videoconsulta con comunicación abierta y directa entre los médicos de familia que trabajan en el medio rural y los especialistas hospitalarios, evitando desplazamientos de los pacientes a las consultas del hospital de referencia.

Instaurar la presencia periódica de diferentes especialidades médicas en los centros de salud rurales, para realizar consultas en el medio rural

ADSP

Asociación
para la Defensa de
la Sanidad Pública

SOLICITUD DE ADMISIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS

DOMICILIO

LOCALIDAD CP

TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

PROFESIÓN/CATEGORÍA DNI

CENTRO DE TRABAJO TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

Cuotas: 51 € semestrales para los socios con trabajo y 62 € anuales para los socios que se encuentren en situación de desempleo.

BANCO/CAJA OFICINA

CUENTA

DOMICILIO LOCALIDAD CP

Autorizo el pago anual de los recibos presentados por la **Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública**

Fecha: Firma

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid (www.fadsp.org) Tel.: 91 333 90 87. Fax 91 437 75 06 (ver direcciones en pág. 31)

y/o interconsultas con los médicos del centro de salud según sus necesidades asistenciales (otro tanto con personal de enfermería), lo que supondría un beneficio directo para los usuarios, evitándoles desplazamientos que, en muchos casos suponen un gran trastorno por falta de transporte o de apoyo social. Estas interconsultas se deben implantar con el objetivo de fomentar, una relación de intercambio continuo de conocimientos y experiencias entre los profesionales de AP y los profesionales de segundo nivel asistencial. Tanto los unos como los otros tendrían un conocimiento más amplio de las dificultades del trabajo diario del otro, aumentando la empatía y el trabajo colaborativo entre niveles. Igualmente, todos se beneficiarían de un flujo de conocimientos prácticos y teóricos que aumentarían las competencias, generando un desarrollo profesional de alta calidad.

EQUIPAMIENTO E INFRAESTRUCTURAS

Es prioritario la instalación de intranet en todos los consultorios locales y el recambio de ordenadores, impresoras o material electrónico del área rural.

Coordinación con los ayuntamientos e inspección para dotar y asegurar que todos los consultorios tengan el material básico y las condiciones de infraestructuras necesarias para dar asistencia.

Exigir la dotación de ECG y DEA en todos los consultorios rurales, así como de aquellos medios diagnósticos y aparataje necesario para realizar una asistencia de calidad. El desarrollo tecnológico actual favorece poder dotar de medios (y formación para su uso adecuado y eficiente), a un precio asequible, los consultorios.

Valorar crear unidades volantes que acerquen determinados servicios a la población rural (mamografías, radiografías, ecografías, extracción analíticas, consultas con especialistas, fisioterapia,...).

Implicar a los ayuntamientos y diputaciones en el desarrollo, mantenimiento y dotación de los consultorios locales.

Transporte público que facilite el desplazamiento de los pacientes, tanto al centro de Salud de cabecera como al hospital. Puede ser a demanda o con horarios programados o mixtos. (Implicar a los ayuntamientos y diputaciones).

Tener en los EAPs rurales vehículos adecuados al medio y seguros, bien dotados de material sanitario para realizar la atención continuada/urgente en los domicilios de los pacientes.

ANEXO II

PROPUESTA DE LA FADSP PARA AUMENTAR DE MANERA URGENTE LOS RECURSOS HUMANOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Los Presupuestos Generales del Estado para 2021 incluyen una partida en el los del Ministerio de Sanidad de 1.088 millones € para la Atención Primaria (AP).

Como sabemos la AP ha sufrido los últimos años un proceso importante de reducción de recursos que se ejemplifican en una bajada del porcentaje dedicado a la misma sobre el gasto sanitario público, y que han derivado en un aumento de las demoras en las citaciones de las consultas de AP y en un incremento de la presión asistencial sobre quienes trabajan en AP.

El contacto directo y accesible de la población es el elemento capital de la Atención Primaria

La Covid19 ha empeorado notablemente la situación, y a resultas de la pandemia se han aumentado las demoras en las citas de los enfermos no covid, ha disminuido notablemente la atención presencial con los problemas asistenciales que se derivan de ello y en algunas CCAA se han cerrado centros de salud total o parcialmente, disminuyendo la accesibilidad de la población a este nivel asistencial.

Por todo ello desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública entendemos que este fondo en los presupuestos del Ministerio de Sanidad destinado a la AP debe de destinarse de manera preferente a aumentar significativamente los recursos humanos de la misma, para garantizar una adecuada atención sanitaria a la población, este o no afectada por la covid19, y la accesibilidad en todo el territorio lo que supone asegurar citas en AP en un máximo de 48 horas.

Por lo tanto proponemos que esta partida destinada a la AP se distribuya en al menos un 50% para personal, y el resto para infraestructuras y dotación de los centros de salud.

En concreto la partida de personal debería de suponer la contratación de:

- ▶ 2.000 profesionales de medicina (medicina de familia y/o pediatría).
- ▶ 4.000 profesionales de enfermería.
- ▶ 1.000 profesionales de trabajo social.
- ▶ 2.000 auxiliares administrativos.
- ▶ 2.000 profesionales de las unidades de apoyo.

La distribución entre las CCAA se realizaría de manera inmediata, antes del 30 de mayo de 2021, de acuerdo con el criterio de población asignada al SNS, sin perjuicio de que posteriormente se elaboren criterios más sofisticados/ajustados para la distribución de recursos humanos (edad, dispersión, nivel socioeconómico, etc).

Todas estas contrataciones, que obviamente deben de hacer las CCAA, a las que se deben de transferir los fondos correspondientes, deberían tener carácter estatutario y como mínimo contratos de un año de duración y/o hasta que se cubran estas plazas por los sistemas establecidos de selección y contratación de personal, y realizarse con el concurso de los representantes legales de los trabajadores.

Por otro lado habría que garantizar que las mismas suponen un incremento efectivo sobre las plantillas existentes en las CCAA, y caso contrario no se recibirían los fondos desde el Ministerio de Sanidad y/o estos de haber sido percibidos deberían de ser objeto de devolución.

Asimismo debe de asegurarse que la contratación se produce en el sistema sanitario público de manera directa, y en ningún caso se financiaran las contrataciones en empresas privadas, tengan o no concertada o concesionada su actividad.

Entendemos que este es un destino razonable y necesario de esta partida presupuestaria, para cumplir dos objetivos claves, reforzar la Atención Primaria de Salud y la Sanidad Pública.

