

ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA PARA LA RENOVACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ANDALUCÍA

NOVIEMBRE 2018

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria nace oficialmente con la Declaración de Alma-Ata firmada por los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud en 1978, y se definía como un servicio esencial y accesible para toda la población mundial. Así la que fuera Directora General de la OMS, Margaret Chan, escribió: *«Ante todo, la atención primaria de salud ofrece una manera de organizar el conjunto de la atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales, en la que la prevención es tan importante como la cura, y en la que se invierten recursos de forma racional en los distintos niveles de atención»*.

Tras dicha declaración en nuestro país la atención primaria experimentó un gran desarrollo, convirtiéndose en una pieza clave en nuestro sistema sanitario que hasta entonces se centraba en el nivel hospitalario, dando lugar a un nuevo modelo que ha supuesto mejoras importantes en los cuidados de salud.

En los últimos años hemos estado viendo como en la atención primaria se ha venido produciendo una progresiva pérdida de peso dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía: una financiación insuficiente, dificultad de acceso a determinados medios diagnósticos, un cierto desprestigio de la especialidad, empeoramiento de las condiciones laborales, cupos excesivos, falta de cobertura de plazas, poco tiempo de atención al paciente... Todo ello ha desembocado en una falta de motivación en el personal sanitario que la atiende y en un descontento en los usuarios del sistema público de salud.

A todo este proceso de decadencia, en el cual no ha existido voluntad política de afrontar y tomar medidas, se une que el modelo actual ya no es válido, para afrontar la tipología actual de los pacientes, caracterizada por la cronicidad y la pluripatología.

Todo ello hace que sea necesario resolver los problemas detectados en el modelo y afrontar los cambios sociales, profesionales, demográficos y tecnológicos de forma que logremos alcanzar una Atención Primaria que efectivamente cumpla con los principios que inicialmente la inspiraron.

En el abordaje del problema planteado, la Consejería de Salud ha elaborado un documento denominado *“Estrategia para la Renovación de la Atención Primaria”*, mediante la que pretende impulsar este ámbito sanitario en nuestra Comunidad, estableciendo una serie de medidas y de intervenciones-para lograr dicho objetivo.

El Consejo de las Personas Consumidoras y Usuarías de Andalucía, ante el alcance de esta Estrategia y su repercusión en la ciudadanía, ha considerado necesario analizar este documento desde un punto de vista crítico constructivo y emitir unas conclusiones sobre el mismo, ya que compartimos la opinión de la necesidad de potenciar y fortalecer la Atención Primaria dentro del Sistema Andaluz de Salud.

Una de las carencias más significativas de la Estrategia para la Renovación de la Atención Primaria es la ausencia de participación social y ciudadana en su formulación, obviando lo recogido en el Título III de la Ley de Salud de Andalucía relativo a la participación ciudadana y que desarrollamos en las conclusiones.

ANÁLISIS DE LAS 12 PROPUESTAS y 82 INTERVENCIONES

PROPUESTA 1. Impulsar una Atención Primaria vertebradora real de toda la atención y agente de salud del paciente.

Esta propuesta recoge siete acciones que consideramos todas convenientes y que evidentemente redundan en una mejora en la atención, sin embargo, tanto la reasignación de la ratio, adecuar las agendas a la realidad de los pacientes, dar un trato más personalizado a los pacientes pluripatológicos, así como la mejora de los sistemas informáticos para facilitar la accesibilidad a la información disponible sobre los pacientes, exige de una inversión importante, tanto en personal, como en infraestructura para el logro de los objetivos previstos. Por tanto, debe de ir acompañada de unos recursos personales y técnicos que permitan llevarlas a cabo de una manera real.

PROPUESTA 2. Desarrollar activamente una atención personalizada y poblacional.

La propuesta número dos contiene tres acciones que van en la línea de lo indicado en la anterior, en cuanto ofrecer una asistencia más personalizada, y para ello habla de potenciar el trabajo de enfermería, y recuperar el equipo básico médico/a–enfermero/a de familia como unidad funcional, mencionando específicamente que es necesario el aumento de matronas, pero olvida hablar de otros profesionales como los trabajadores sociales.

PROPUESTA 3. Profundizar en los valores esenciales que han hecho de la Atención Primaria un referente social y en salud.

Esta propuesta recoge dieciséis acciones, y según concreta, son para profundizar en accesibilidad, longitudinalidad y continuidad en el puesto, por lo que claramente están enfocadas a mejorar la carrera profesional de los facultativos, así como de sus condiciones laborales.

Del análisis de las acciones destacamos las siguientes:

La acción primera ha de ser analizada junto con la acción segunda, dado que alcanzar el objetivo de demora cero (acción 1) supone mejorar la gestión de la demanda (acción 2), pero ello entendemos que debe redundar en una mejora en la atención, ajustando el tiempo real de atención a las citas y evitando el tiempo de espera antes de entrar en consulta.

En relación a la acción número seis- *Establecer, mediante consulta con los profesionales, una fórmula aceptable de cobertura de las ausencias programadas (permisos y licencias, libranzas de guardia, etc.) que repercuta en mejoras de la estabilidad de la relación equipo básico – usuario-* es constante la queja respecto a cómo se cubren las ausencias de los profesionales, no sólo por ellos mismos sino también por la ciudadanía; por tanto consideramos muy conveniente la medida, pero en el sentido de llevar a cabo tanto el incremento de plantilla para bajar la ratio, como la creación de equipos de apoyo que suplan las ausencias.

En la acción número siete se propone la generación de un Plan de Comunicación en diferentes medios, con el objeto de poner en valor las características esenciales de la Atención Primaria, sus logros y sus resultados. En nuestra opinión consideramos que

dicho Plan de comunicación con el objetivo descrito es prescindible, si el servicio funciona bien no es necesario promocionarlo, además de que supone una inversión de recursos que podrían ser destinados a otras medidas. No obstante, lo anterior, si el enfoque fuese informar a la ciudadanía de los servicios que se prestan en Atención Primaria, así como servir de guía para que el ciudadano sepa moverse por el sistema, la valoración de la acción sería positiva.

En relación a la acción número diez relativa a la revisión del Plan de Urgencias en atención Primaria, lo consideramos totalmente necesario, ya que gran parte del problema de las urgencias en los centros hospitalarios se debe a que la población no acude a los servicios urgencias de Atención Primaria para patologías que pueden ser atendidas en ella. Sin embargo, debería haberse indicado los aspectos que se abordarían en su revisión, así como la necesidad de contar con un pediatra de guardia en aquellos centros donde existe un gran porcentaje de población infantil.

Por último, y en relación con la acción número trece, relativa a la colaboración con asociaciones y otros recursos sociales para la atención a colectivos/ subpoblaciones especiales (inmigrantes, grupos étnicos desfavorecidos, etc..) echamos en falta que no se hayan incluido asociaciones de discapacitados tanto físicos como sensoriales con el objeto de trabajar la accesibilidad en los centros desde todos los puntos de vista, y no sólo respecto a los equipamientos e infraestructuras, haciendo que las y los pacientes con algún tipo de discapacidad puedan moverse en los centros de Atención Primaria con autonomía.

PROPUESTA 4. Generar un marco profesional estable para la gestión clínica de la Atención Primaria.

Respecto a las dos acciones recogidas en el documento en relación a dicha propuesta - *1. Implantación del Modelo SAS de Gobierno de las UGCs y evaluación (anual hasta la completa implantación) del nivel de cumplimiento de sus criterios, por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). 2. Desarrollo efectivo de los “Planes de Desarrollo e Innovación Organizativa” de las UGCs (criterio incluido en el Modelo de Gobierno Clínico), que incluyen medidas de eficiencia sobre la gestión de materiales y consumos sanitarios (especialmente, farmacia)-* las consideramos adecuadas en cuanto que, una mejora en las condiciones laborales del personal, dirigida a acabar con la precariedad y temporalidad que el colectivo denuncia, redundará en la satisfacción de los profesionales, lo que a su vez revertirá en beneficio de las y los pacientes.

PROPUESTA 5. Evaluar y disminuir la variabilidad injustificada de la práctica clínica.

Dicha propuesta contiene sólo una acción - *Validación clínica de los ACGs (SAS - EASP / 2015-2016). Implantación efectiva ACGs en el año 2017-* que entendemos que debió haberse ejecutado en el año 2017, si no hubiera sido así debería haberse planteado un horizonte temporal más factible.

PROPUESTA 6. Primacía efectiva de la orientación a resultados para que guíen los cambios de la organización, sus recursos y los reconocimientos profesionales.

De las siete acciones previstas cabe destacar la seis y la siete - *6. Implantación de un sistema de resultados en salud pública desde el abordaje clínico cotidiano relacionados con la corrección y mejora de inequidades (en función de género, edad, clase social,*

grupos de ingresos, etnicidad, etc.) y 7. Potenciación y evaluación de resultados de intervenciones poblacionales saludables a largo plazo, que incidan en mejoras de la distribución poblacional de los factores de riesgo de enfermar- en cuanto que, desde la perspectiva de los usuarios, puede revertir en una mejora en la calidad del servicio que se presta y de la salud de la ciudadanía. Compartimos que la implantación de un sistema de resultados en salud pública desde la práctica cotidiana, con el fin de corregir y mejorar las desigualdades en salud teniendo en cuenta el género, la edad, la clase social, etnia, etc., debe servir de base para reorganizar los recursos de una forma más eficiente. Esto no significa que baste con la reorganización, ya que en algunos casos deberá suponer el aumento de los recursos, tanto personales como económicos.

PROPUESTA 7. Desarrollar un Modelo de Financiación de las Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria basado en criterios corporativos de ordenación de recursos (accesibilidad) ajustados por morbilidad atendida (ACGs) y resultados en salud.

Dicha propuesta consta de una acción, entendemos que está en relación directa con la anterior, de la que es consecuencia, por tanto, nos reiteramos en lo indicado anteriormente.

PROPUESTA 8. Potenciación de la investigación e innovación en Atención Primaria.

La propuesta contiene dos acciones – 1. *Identificación de la investigación en Atención Primaria como línea prioritaria y fomento del actual sistema de Convocatorias abiertas y permanentes no competitivas de ayudas específicas para proyectos de investigación de Atención Primaria, cuando se constaten su pertinencia, oportunidad y relevancia, aunque requieran, en algunos casos, de mejoras metodológicas y 2. Incorporar a la convocatoria actual o desarrollar una convocatoria nueva específica para la innovación en Atención Primaria – ambas se consideran convenientes e importantes, pero dada la situación actual en investigación, la puesta en marcha requiere de una gran inversión. Si no se hace una apuesta real en investigación, ponemos en duda la efectividad de la acción.*

PROPUESTA 9. Incorporar a la cultura del SSPA- AP un Código Ético Corporativo.

En esta propuesta se recogen tres acciones, todas ellas dirigidas a la creación de un Código Ético. Como todo Código Ético es asumido de forma voluntaria por los profesionales, de forma que hubiera sido más adecuada, la elaboración de un protocolo de actuación o buenas prácticas de obligado cumplimiento.

PROPUESTA 10. Mejoras relevantes de apoyo a la gestión clínica.

La propuesta número diez se estructura en cinco apartados que suman treinta y ocho acciones, unas destinadas a la mejora de las TIC y sistemas de información -incluyendo a la ciudadanía como parte activa del sistema-, mejoras en los instrumentos de gestión en la que se incluye la participación ciudadana, mejoras en la formación continua e incentivación de los profesionales y mejoras en la gestión de los recursos humanos.

De todas las medidas nuestra valoración es la siguiente:

- Para su implantación es absolutamente imprescindible la actualización de los equipos y sistemas de comunicación, prestando especial atención a los centros de salud que se

encuentran en zonas geográficamente difíciles o muy retiradas de los centros hospitalarios.

- Las acciones número catorce y quince del apartado 1 *relativo a Mejoras en TIC y Sistemas de Información – 14. Inclusión de un mecanismo de aviso en tiempo real tanto para el/la médico/a como para la/el enfermera/o del equipo de referencia del/de la ciudadano/a, a través de su buzón de profesional, cuando éste ingrese o sea dado de alta en hospitalización o tenga una asistencia en urgencias. 15. Expansión del módulo de Tele dermatología desarrollado desde el Hospital Macarena* - las consideramos de gran importancia y de aplicación prioritaria, dado el avance que supone la colaboración interniveles asistenciales, redundando en una mejor asistencia al paciente.

- En relación a las acciones recogidas en el apartado cuatro, relativas a las mejoras en la gestión de los recursos humanos, nos plantea dudas la participación de los directores en la selección de personal y no se aclara en qué consiste esa participación, ya que teniendo en cuenta el perfil del médico de familia, pediatra o enfermero de Atención Primaria cuentan con las competencias necesarias para cualquier puesto en la misma. Por otro lado, en cuanto a la mejora en el modelo de incentivos en el SAS, también nos plantea dudas la pertinencia de su existencia, ya que no vemos el beneficio que ello puede tener en los pacientes.

PROPUESTA 11. Establecimiento de una financiación “suelo” de la Atención Primaria.

PROPUESTA 12. Financiación específica del Plan de Acción.

En relación a estas dos últimas propuestas consideramos -al margen del debate de si es o no necesario establecer un presupuesto suelo en Atención Primaria- que, siendo Andalucía la comunidad autónoma que menos recursos destina por habitante a la Atención Primaria, para que sea real el impulso que ha de darse a la misma, debe contar con un mayor inversión, y que ésta no debe ser conseguida sólo a través de la redistribución presupuestaria, sino con un incremento del gasto en atención primaria, dentro de los presupuestos generales de la Comunidad y haciendo una verdadera apuesta por la sanidad pública.

CONCLUSIONES

Del análisis efectuado se extraen las siguientes conclusiones:

1.- Las medidas en su mayoría están orientadas a la mejora organizativa y funcional de la Atención Primaria con el objeto de mejorar las condiciones laborales del personal facultativo, así como una mejora en los medios de trabajo relacionados con la implantación de las nuevas tecnologías, en cuanto a la recopilación y accesibilidad de la información de los pacientes. Desde el punto de vista de que todo ello redundaría en una mejor atención, se valoran positivamente todas esas medidas, con independencia de que ellas requieren tanto de recursos personales como económicos para su real efectividad, como ya se ha señalado.

2.- En relación a lo indicado anteriormente no se indica el impacto económico de las propuestas y acciones que se mencionan.

3.- No se establece un horizonte temporal, en el cual ha de ponerse en marcha las acciones propuestas, y carece de mecanismo de evaluación para conocer el grado de cumplimiento e implantación.

4.- No se observan medidas dirigidas al mantenimiento y adaptación de los centros en términos de accesibilidad, comprendiendo ello no solo accesibilidad física sino también en relación a los instrumentos médicos o pruebas diagnósticas como pueden ser balanzas adaptadas o mamógrafos.

5.- Requiere de un aumento de los presupuestos destinados a Atención Primaria, pero no desde la redistribución de lo ya existente, sino mediante un aumento de la partida presupuestaria destinada a salud en los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma.

6.- En cuanto a la participación ciudadana, es necesario manifestar desde este Consejo que la misma ha brillado por su ausencia, y ello no es más que una muestra de la situación que llevamos años denunciando en el ámbito sanitario.

La Estrategia para la Renovación de la Atención Primaria se aparta del procedimiento seguido por la administración sanitaria en 2002, cuando la reforma emprendida en dicho ámbito fue resultado de un proceso participado que se plasmó en la firma, junto a médicos, pediatras, enfermeras y usuarios, de un pacto andaluz por el desarrollo de la atención primaria.

Las organizaciones de consumidores y usuarios que integraban el Consejo de las Personas Consumidoras y Usuarias de Andalucía en esa fecha suscribimos dicho Pacto que tenía como objetivos *“avanzar en el desarrollo de la red de Atención Primaria en aras de incrementar los estándares de salud de los andaluces y mejorar la calidad percibida y científico técnica que reciben nuestros ciudadanos”*.

Con ello se pretendía una presencia activa y efectiva de la ciudadanía en el proceso y en su seguimiento y que la participación de ésta se llevara a cabo en coherencia con el papel central que representa para el Servicio Andaluz de Salud.

Esta línea de actuación ya se inició años atrás con la firma de un convenio marco de colaboración y otros acuerdos y convenios específicos donde la persona usuaria figura como destinatario de los servicios sanitarios públicos, pero también como agente activo en la organización y la configuración de centros, prestaciones y servicios.

Sin embargo, desde aquellos años, se ha venido produciendo un paulatino de abandono por parte de la Consejería de Salud de la participación social como instrumento clave para la definición, seguimiento y control de las políticas públicas sanitarias. Ya en el año 2006, cuando se tramitó el proyecto del actual Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, la participación se limitó al trámite de audiencia normativa, siendo ello duramente criticado por este Consejo en base a los compromisos adquiridos.

Atendiendo a lo expuesto, en el proceso de elaboración de la estrategia analizada, la Consejería de Salud vuelve a obviar la participación ciudadana, limitándola al parecer a profesionales y sociedades científicas, dejando fuera a las organizaciones de consumidores y usuarios y desviándose de la senda iniciada en el año 2002 con la firma

del Pacto para el desarrollo de la Atención Primaria, perdiendo la oportunidad de abordar el cambio y la mejora desde el consenso con todos los agentes implicados en la misma.