



La Atención Primaria en la encrucijada

Comunicado de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública y de la Federación de Asociaciones de Medicus Mundi sobre la situación de la Atención Primaria de Salud.

La sanidad pública, antes de la pandemia, sufría una profunda crisis, en todos sus niveles, consecuencia de unos recortes presupuestarios que la han dejado con escasez de medios y profesionales, altas tasas de temporalidad, denostada, desbordada y al borde del estrés. Pero es sin duda la Atención Primaria, que recordemos resuelve más del 80% de los problemas de salud, la que más sufre las consecuencias de estos recortes y de la anodina gestión de las autoridades sanitarias, pues apenas recibe el 14% del presupuesto total, incumplándose el compromiso político¹ de 2018 de consignarle el 20% del presupuesto destinado a salud. Tampoco se ha asignado presupuesto al nuevo Marco Estratégico² para la Atención Primaria y Comunitaria, adoptado en abril de 2019, que incluye 100 propuestas de acción incorporadas en seis líneas estratégicas y 23 objetivos, dirigidos a mejorar la atención de salud y avanzar hacia el fortalecimiento y el liderazgo de la APS.

Los recortes aplicados a la Atención Primaria han derivado en centros de salud desbordados y colapsados, limitaciones de acceso a pruebas y recursos diagnósticos, irracionalidad y deficiencias en la composición de las plantillas, sometimiento a los intereses hospitalarios que limitan su importante papel como puerta de entrada al sistema sanitario público.

Con la pandemia que desbordó UCIs y hospitales, la Atención Primaria demostró la importancia de disponer de este nivel asistencial universal, pluridisciplinar, próximo a la población y conocedor del historial de salud de personas, familias y comunidades. Al comienzo de la crisis, la Atención Primaria identificó contagios y contactos, gestionó el tratamiento de personas infectadas sin gravedad en sus domicilios, evitó el colapso de las camas de los hospitales, muy recortadas por los diferentes gobiernos, atendió otras patologías y resolvió las dudas y temores de la población por vía telefónica. En pleno apogeo de la pandemia, a pesar de la precariedad en la que se encuentran muchos centros, la Atención Primaria ha asumido la mayor parte de la gestión del COVID-19, rastreando los casos y posibles contactos, y trabajando con diferentes sectores sociales para poder controlar sus efectos.

Esta situación abrigó la esperanza de que el esfuerzo para restablecer la normalidad del sistema de salud podría suponer un importante impulso para la reforma y mejora de la Atención Primaria. Lamentablemente la realidad ha ido por otro camino.

Durante la primera fase de la pandemia:

Se han cerrado centros de salud en la mayoría de CCAA, concentrando en algunos de ellos los servicios de llamadas telefónicas con la finalidad de evitar contagios tanto de los profesionales del centro como de la población usuaria.

¹ <https://www.redaccionmedica.com/secciones/parlamentarios/triple-acuerdo-para-que-el-20-del-gasto-sanitario-vaya-a-atencion-primaria-4982>

² informe Comisión Europea "España Perfil sanitario nacional 2019"



1. El cierre de centros de salud, ordenado por las autoridades autonómicas, se ha realizado sin valorar, en la mayoría de los casos, lo que podía suponer en la desatención de otras patologías, y han utilizado a los profesionales de los mismos en los llamados Hospitales de Campaña, donde han desempeñado una actividad en muchos casos subalterna.
2. La consulta presencial, en algunas CCAA, ha sido sustituida por la telefónica o telemática, controlada por el personal administrativo que realiza el cribaje y distribuye las demandas entre los diferentes profesionales de los equipos. Muchos centros de salud apenas realizan consulta presencial e incluso tienen lista de espera de más de una semana para llevarla a cabo. El argumento utilizado para adoptar esta medida ha sido el de evitar que los centros de salud se conviertan en focos de contagio.
3. Como consecuencia, un número importante de centros han estado vacíos durante esta crisis, sin atender a pacientes con otras patologías incluido los programas de crónicos, mujer o niño sano. Esta situación si bien es muy distinta según las CCAA, es especialmente preocupante en Galicia, Madrid y Cataluña. Con la llegada del verano y ante la falta de personal por vacaciones o bajas laborales, en algunos centros se han cerrado consultas dándose situaciones límite como que, de 7 facultativos, solo uno pase consulta.
4. La falta de instrumentos de gestión en las Áreas Sanitarias ha impedido o limitado la coordinación de los servicios de primaria con hospitales, salud pública y autoridades locales en un momento en el que la pandemia exigía una intervención pluridisciplinar y sociosanitaria.

En la fase subaguda de la pandemia, han aparecido otros problemas que se añaden, en muchos casos, a los anteriores:

5. El servicio de rastreo de contactos de las personas infectadas, en algunas comunidades autónomas ha sido privatizado, o se realiza precariamente. Este servicio hubiera requerido de una reorganización de los recursos humanos existentes en los centros de salud, así como de la incorporación de más profesionales de las bolsas de trabajo ya existentes pues se trata de una actividad clásica de salud pública que no debería desarrollarse fuera de la Vigilancia Epidemiológica.
6. La coordinación del personal rastreador con la Atención Primaria ha sido débil o nula, no existiendo la necesaria coordinación de este nivel con los Servicios de Salud Pública, imprescindible para la vigilancia epidemiológica e identificación temprana de nuevos casos.
7. La planificación, desarrollo y control de las actividades de los Centros de Salud sigue sin ponerse en marcha, lo que impide la colaboración de la población y sus organizaciones en la lucha contra la epidemia. Se mantiene la medicalización de la actividad sanitaria centrada en la consulta médica, ahora telefónica, limitando de manera importante la actividad comunitaria de los centros de salud, lo que impide la implicación social en el control de una epidemia que tiene mucho que ver con el comportamiento social y con el cumplimiento de las recomendaciones de los servicios de epidemiología.
8. La Atención Primaria apenas ha podido cumplir su función de prestar asistencia y ayudar a proteger a las personas ingresadas en las residencias de Mayores, el 56% de ellas de titularidad privada. La falta de personal, de recursos diagnósticos y de protección, la masificación y las trabas a ingresar en hospitales de las personas contagiadas en las mismas,



ha disparado la mortalidad entre los residentes de las mismas, que sufren una inaceptable discriminación al haber perdido el derecho a la atención sanitaria pública.

Las Comunidades Autónomas no han incrementado los presupuestos de Atención Primaria ni creado las nuevas plazas en los Centros de Salud, especialmente de enfermería, necesarias para prestar cuidados, realizar asistencia domiciliaria o en los Centros de Mayores. Se desconoce qué parte de los nuevos fondos destinados a combatir la epidemia estarán destinados a AP.

Además, en lugar de reorientar el esfuerzo para la recuperación del sistema, profundamente dañado por las políticas de recortes de recursos perpetradas por los diferentes gobiernos autonómicos y estatales, parece aprestarse desde las administraciones, y algunos grupos profesionales corporativos, por limitar la demanda asistencial pública con algunas medidas como:

- a. Limitar el acceso a la atención sanitaria convirtiendo al personal administrativo, no formado sanitariamente, en la primera barrera que selecciona quién y cuándo debe ser atendido.
- b. Limitar el aforo de los centros, lo que obliga a los pacientes a hacer cola fuera de los mismos, sin importar las circunstancias de cada momento como la climatología, lo que retrasa a las personas a ir o a esperar la atención que le puede brindar el personal del centro de salud.
- c. Sustituir la consulta presencial, especialmente la médica, por la telefónica o telemática (alguna organización propone que sean el 80% de la demanda), incluso con listas de espera importantes para las mismas. Si bien la telemedicina puede ser una herramienta que mejore el acceso y la eficacia de los servicios de salud, hay que tener en cuenta que el contacto y la relación médico-paciente constituye uno de los pilares esenciales de la AP, por lo que mantener esta modalidad de consulta a distancia como base de la atención, sin una inversión adecuada y una adaptación a la realidad de las diferentes poblaciones, para que no aumente la inequidad en el acceso, supone una enorme limitación de la accesibilidad, la racionalidad y la calidad del modelo, ya que la exploración física es fundamental muchas veces para el diagnóstico y el seguimiento de muchos de los pacientes.
- d. Prolongar los recortes de actividades y responsabilidades de la Atención Primaria dentro del sistema, externalizando actividades como las relacionadas con la vigilancia epidemiológica, el rastreo de contactos, la solicitud de pruebas o la atención de las residencias de mayores, rompiendo el vínculo que une este nivel con el nivel de salud pública, que han de trabajar con un único enfoque y de forma coordinada.
- e. Perpetuar un modelo obsoleto y medicalizado, de escasa capacidad resolutoria, irracional y con problemas de calidad, que no responde a las necesidades y demandas sociales.
- f. Mantener las barreras de acceso a la AP pública, lo que favorece la privatización por la huida de las personas con mayor capacidad económica a los seguros privados (supera el 20% de la población), generando la sensación de que la sanidad pública es para los colectivos con menor capacidad económica.

Fortalecer la APS como estrategia para que la salud sea un derecho universal, por encima de intereses económicos o políticos requiere:

1. Incrementar urgentemente el presupuesto sanitario, destinando a Atención Primaria la mayor parte de la nueva inversión sanitaria para recuperar el sistema. El objetivo sería destinar este primer año el 20% del presupuesto en salud y alcanzar el 25% en 5 años.
2. Garantizar la apertura de todos los centros de salud en su horario habitual.



3. Contratar y acabar con la precariedad del personal dimensionando los equipos multidisciplinares para acabar con la medicalización de la atención y responder a las necesidades de salud de la población.
4. Mejorar las condiciones laborales, salariales y de reconocimiento social de la APS, especialmente allí donde estas sean peores como las zonas rurales aisladas, barrios con mayor vulnerabilidad, etc. para favorecer la necesaria longitudinalidad en la atención y hacerla más atractiva para las nuevas generaciones de profesionales sanitarios.
5. Incorporar las nuevas tecnologías de la Información y la comunicación en salud como oportunidad de mejora de la calidad a la AP. Las nuevas tecnologías pueden contribuir a mejorar la atención al paciente si se incorporan de manera estratégica y se establece un plan de formación que permita a los profesionales realizar buenos cribados para determinar cuándo un paciente necesita ser atendido presencialmente o para evitar que colectivos vulnerables como los mayores puedan quedar fuera de las ventajas que ofrece este sistema de atención.
6. Incrementar la responsabilidad de la AP con nuevas funciones como la vigilancia epidemiológica o atención a las residencias de mayores, actividades de promoción, prevención, rehabilitación, atención a la cronicidad, educación para la salud, y la incorporación de nuevos recursos como la fisioterapia, psicología clínica, trabajo social, logopedia, atención temprana.... Mejorar la coordinación de la Atención Primaria con el resto de los servicios sanitarios como Salud Pública y hospitales, y no sanitarios como trabajo social o atención a la dependencia.
7. Desarrollar el Modelo Comunitario incorporando la población a la planificación, desarrollo y control de las actividades de salud, con la colaboración de los recursos de la comunidad, para actuar con eficacia y eficiencia sobre los determinantes de la salud.
8. Mejorar la accesibilidad acabando con las listas de espera, mejorando las áreas administrativas de apoyo a la atención y optimizando la consulta telefónica o telemática sin que sustituya o interfiera en la necesaria relación personal y presencial entre pacientes y profesionales de la salud.

Una AP fortalecida, dotada suficientemente con profesionales, recursos económicos y de medios, por su propia y reconocida capacidad, ya ha demostrado que puede reducir la sobrecarga hospitalaria, tanto en las consultas hospitalarias como en las listas de espera y de los servicios de urgencias y contribuir a que la salud sea un derecho universal, por encima de intereses económicos o políticos.

Para más información y contacto.

Contacto: [Teresa Rosario Velasco](#), comunicación **medicusmundi** – 680 450 301 y [Marciano Sanchez Bayle](#), FADSPU - 639 777 822

Portavoces:

- [Eduardo García Langarica](#), Presidente de la Federación de Asociaciones de Medicus Mundi (FAMME) – 667 001 767

- [Manuel Martín García](#), Presidente de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) – 669 704 177