

Por una Atención Primaria base fundamental del sistema sanitario valenciano

Llevamos meses asistiendo a constante acciones reivindicativas diversas por parte de la Atención Primaria de Salud en todo el estado.

Los recortes presupuestarios que se iniciaron en 2011 con motivo de la crisis económica y que han supuesto y deterioro del sistema sanitario público, han tenido un impacto aún mayor en la Atención Primaria.

En estos años la Atención Primaria, ha visto disminuir sus presupuestos, ha perdido autonomía y capacidad de resolución por falta de equipamiento, falta de formación de los profesionales en nuevas técnicas o incluso acceso limitado a pruebas diagnósticas. Se ha instalado la precariedad laboral, ha sufrido la escasez de profesionales, la brecha entre la Atención Primaria y la Atención hospitalaria ha seguido creciendo, como evidencia este análisis realizado por Juan Simó y publicado en su blog en el que a nivel autonómico se muestra la brecha cada vez más profunda en la mayoría de las CC.AA. entre la primaria y la especializada y de la que la Comunidad Valenciana no ha sido ninguna excepción

<http://saludinerop.blogspot.com/2019/05/serpientes-autonomicas-1995-2017.html>

Todo esto ha conllevado una pérdida de influencia manifiesta como agente sanitario principal del sistema sanitario.

La Comunidad Valenciana, no ha sido una excepción en el tratamiento que se ha dado en estos años a la Atención Primaria. A los recortes brutales de los gobiernos del PP, se han sucedido declaraciones a favor de la potenciación de atención primaria del gobierno del Botánico, que sin embargo no se ha concretado en cambios significativos ni en su estructura, ni en un mayor porcentaje presupuestario, ni en nueva cartera de servicios, etc. La reversión del modelo Alzira ha condicionado la gestión de la Conselleria de Sanitat en la pasada legislatura, dejando poco espacio para un reto de tanta envergadura como es la reforma de la Atención Primaria, a pesar de las presiones a través de declaraciones, manifiestos y análisis que desde las sociedades científicas y asociaciones profesionales o ciudadanas, se han repetido durante el último año.

La implantación y desarrollo de una buena Atención Primaria se ha convertido en la herramienta fundamental para el despliegue de sistemas sanitarios de calidad, universales y equitativos, así lo recomienda la OMS y avalan estudios comparando la mortalidad de distintos países en función de que tengan sistemas sanitarios basados en la atención primaria o en el hospital

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2724393>

La longitudinalidad de la atención, la accesibilidad, la visión y la formación integrales de sus profesionales, el conocimiento que tienen de los pacientes, no solo de sus patologías también de su entorno social, de sus preocupaciones, de su situación económica, etc. son elementos

fuertes de una atención primaria que hacen de ella un instrumento imprescindible para tener buenos y sostenibles servicios sanitarios.

En un reciente editorial de Joan Gene, en la Revista de Atención Primaria

<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-atencion-primaria-urge-cambiar-mantener-S0212656719301817>

hace una reflexión sobre las últimas movilizaciones de médicos de atención primaria en el estado español y llama a no caer en el desánimo y seguir reivindicando una atención primaria que se encuentra entre las mejores del mundo y que a pesar de los recortes y el abandono sufrido durante estos últimos años ha sabido mantener el tipo y ha contribuido de manera decisiva a la calidad sanitaria y mejora de la mortalidad de este país.

En el editorial cita también los estudios del Observatorio de Políticas y Servicios de Salud de la OMS, que recogen la satisfacción de los ciudadanos con la Atención Primaria, al mismo nivel que la hospitalaria y muy superior a la atención de especialistas del segundo nivel.

Por otra parte en nuestro país se está produciendo un progresivo envejecimiento de la población y progresivamente hemos entrado en un proceso de mayores desigualdades sociales que incrementan el deterioro de la salud de los grupos más vulnerables y desfavorecidos. Esto va a suponer un incremento de morbilidad, de la dependencia y de las desigualdades, que va a requerir una adaptación de los servicios sanitarios y sociales de manera radical. Esta revolución de los servicios que se avecina, pensamos que se abordará con más garantías de éxito, en el ámbito sanitario, con uno Equipos de Atención Primaria, que se conviertan en los gestores principales, junto al propio paciente y la comunidad, de la salud individual y colectiva de la población

Esta paradoja entre la bondad de la atención primaria para hacer sostenible y de calidad un sistema sanitario y el poco interés que los responsables sanitarios de la mayoría de los gobiernos manifiestan por ella, es lo que queremos contribuir a revertir desde ACDESA, con la elaboración de este documento de reflexión y propuestas y el impulso de un observatorio de la atención primaria en la Comunidad Valenciana, que sirva la ciudadanía y a los profesionales para hacer un seguimiento de las políticas públicas de la próxima legislatura.

Poner en primer plano del sistema a la Atención Primaria, es el objetivo de esta alianza que proponemos entre la ciudadanía y los profesionales de atención primaria. Para ello hay que exigir presupuestos, medidas organizativas, autonomía de gestión, incentivos económicos, adecuaciones de los currículos profesionales, participación ciudadana en la toma de decisiones...

En la Comunidad Valenciana se abren ahora cuatro años de legislatura con un gobierno de coalición, progresista, que cree en los servicios públicos. Los programas de los tres partidos que lo van a formar recogen la importancia de mantener y mejorar el sistema sanitario valenciano público. En ACDESA estamos plenamente identificados con este objetivo, pero pensamos, junto a los profesionales de Atención Primaria y la opinión de asociaciones ciudadanas, que este objetivo es más asequible si se potencia la atención primaria. Por ello recogiendo las propuestas que las compañeras y los compañeros de Atención Primaria nos han hecho llegar proponemos:

1. **Financiación.** Es necesario revertir la tendencia y avanzar hacia un horizonte de inversión en Atención Primaria del 20 % (ahora no llega al 12 %) en los próximos 4 años.
2. **Adecuación de las plantillas a las necesidades de la población a cubrir por cada EAP.** Las plantillas deberían calcularse por parámetros epidemiológicos, sociales, demográficos y de dispersión de la población a atender, con equipos multidisciplinares completos. Incorporando nutricionistas, psicólogos y aquellos profesionales que el EAP, piense que pueden contribuir a cubrir necesidades frecuentes de la población. Este cálculo de las plantillas podría suponer en cada centro, la existencia de una plantilla flotante que cubriría las incidencias diarias que se planteasen además incrementar la atención a domicilio
 - a. 1.500 tarjetas sanitarias por médico de familia, 800 tarjetas para pediatras
 - b. Incremento del personal de enfermería para ratios con el personal médico 1:1
 - c. Incorporación a los EAP de Enfermería Familiar y Comunitaria para el abordaje y coordinación de actividades de salud comunitaria
 - d. Incremento de trabajadores sociales en función de las características de la población a atender.
 - e. Incorporación de otros perfiles profesionales a definir el equipo, en función de las necesidades de la población a modo de consultores(farmacéuticos/as, fisioterapeutas, psicólogos/as...)
 - f.
 - g. Incremento de plantilla estructural de todos los estamentos, en cada EAP para cubrir urgencias, bajas, vacaciones, asistencia congresos, periodos sabáticos, permisos, tareas de gestión de los responsables del equipo, etc...El objetivo de esta propuesta es:
 - acabar con la precariedad laboral en los contratos basura, que aun inundan la administración sanitaria.
 - Fidelizar a los mejores profesionales, formados por el propio sistema, y a ser posible en las zonas de salud donde han realizado su formación, pues ya son conocedores de la población a atender
3. **Reforma de la estructura gestión de la AP a nivel macro, meso y micro.** Estando de acuerdo con que en el sistema sanitario no debe haber compartimentos estancos que lo que hacen es fragmentar la asistencia, pensamos que es conveniente que en los distintos niveles asistenciales se articule la presencia de responsables específicos de Atención Primaria, además de que toda la organización tenga como meta para la legislatura el impulso prioritario de la Atención Primaria, y proponemos:
 - a. Macro gestión (Conselleria): Inclusión en la estructura de la Conselleria, un referente de Atención Primaria (funcionario de alto rango, como subdirector) dependiente del responsable máximo de Asistencia Sanitaria.
 - b. Meso gestión (Departamento): Para el equipo de gestión del departamento, como para toda la estructura sanitaria, la prioridad debe ser la Atención Primaria.
 - Gerencia Única
 - Director Médico del departamento, será el Director de AP
 - Subdirector/es Hospitalario/s

En cuanto a Enfermería la estructura puede ser la misma que a nivel médico. No obstante queremos indicar que para nosotros la división médica y de enfermería nunca deben ser estructuras paralelas y autónomas, están integradas en un solo equipo, donde los intereses corporativos deben subordinarse al interés asistencial y la mejor atención a los pacientes.

En todos los casos el equipo de gestión departamental debe estar formado por profesionales de prestigio, con formación en gestión y con acreditado compromiso con la sanidad pública. Nombrados por capacidad, mérito y transparencia tras contrastar sus propuestas de gestión para el departamento

- c. Micro gestión: Reforma de la figura del jefe de zona básica, dotándola de jerarquía, responsabilidad e incentivo económico adecuado (consideración de jefe de servicio hospitalario). Fortalecer la gestión clínica de los jefes de zona básica y proporcionar recursos adicionales para la carga burocrática que lleva incorporada la gestión de un centro de salud. Los jefes de zona básica deben ser elegidos por capacidad y mérito, formación en gestión clínica y asistencial, mediante procedimientos objetivos y transparentes y con la participación de los profesionales del centro y con la participación del consejo de salud de zona básica. Así mismo proponemos la creación de un comité profesional formado por los profesionales (a discutir composición adecuada) que apoye al JZB, en la gestión clínica del EAP y participe en el consejo de salud de zona.

4. **Cartera de Servicios, Autonomía de Gestión, Innovación.** Desde nuestro punto de vista debe combinarse homogeneidad de los EAP desde una visión de equidad (sobre todo referido a la atención basada en la evidencia) y autonomía de cada centro para que organice la asistencia sanitaria en función de su población, sus recursos (incrementando los que sean necesarios), sea ciudadano o rural, etc... Una cartera básica y fundamental de servicios comunes, completada en cada centro en función de las características de los profesionales, la población, la condición urbana o rural, etc. Hay que incorporar cierto nivel de autonomía en el funcionamiento de los centros para que estos se puedan organizar en función de las necesidades de la población. Plantearse experiencias piloto que supongan para los centros el manejo de pequeños presupuestos de funcionamiento e incluso una parte de capítulo 1, con el que los equipos puedan decidir sobre la incorporación de profesionales en función de las necesidades asistenciales. Desplegar en todas las zonas básicas, iniciativas organizativas que mejoren la autonomía clínica de los EAP:

- a. Reformar el papel de la enfermería en AP, para aumentar su responsabilidad funciones y su capacidad de resolución en la atención directa (crónicos, procesos banales, cuidados, curas, técnicas...). Fomentar el impulso y la coordinación de acciones de salud comunitaria. Incrementar y consolidar la atención a domicilio para pacientes crónicos, convirtiendo su papel asistencial en gestoras de casos.
- b. Consulta telefónica
- c. Consultas online o por email
- d. Consultas no presenciales

- e. Especialistas de referencia hospitalarios de las patologías o especialidades que más requieran consulta, muy accesibles y tempranos en la respuesta.
- f. Potenciar las visitas domiciliarias con tiempo asignado en las agendas tanto de medicina como de enfermería.

5. Aumentar la capacidad de Resolución y el poder de decisión.

- a. Acceso a exploraciones complementarias como laboratorio sin limitación.
- b. Acceso a exploraciones complementarias como pruebas de imagen sin limitación (definiendo los circuitos que se consideren necesarios) o como mínimo con los mismos criterios que se deben exigir a cualquier otro especialista del sistema.
- c. Deberían existir canales debidamente consensuados para situaciones concretas y definidas en las que el MF pudiera solicitar el ingreso hospitalario de un paciente sin tener que pasar previamente por Servicio de Urgencias.
- d. A la AP hay que darle el poder de derivar a los pacientes a los servicios especializados según lista de espera y resolución de problemas, sin necesidad de estar adscritos al departamento de salud.

6. Adecuación de centros y material. En muchos centros es necesario rehabilitar o remozar edificios y sustituir o incorporar material de uso común, por lo que planteamos un listado de renovaciones o adecuaciones

- a. Equipos informáticos
- b. Mantenimiento periódico y actualización de los equipos informáticos para evitar la excesiva ralentización de los programas tal y como está sucediendo actualmente
- c. Acceso a internet, de forma fácil y ágil desde todas las consultas. Hoy en día es impensable pasar consulta sin esta herramienta
- d. Dotación de consultas, sin restricciones en cuanto a material necesario para aumentar la resolución de los/as profesionales, para aplicar métodos diagnósticos, como la dermatoscopia, las técnicas de diagnóstico rápido, etc...
- e. Dotación de Centros de Salud en el mismo sentido, por ejemplo, MAPA, Tonometría, Cirugía Menor, y estudiar la posibilidad y viabilidad de técnicas de diagnóstico radiológico...aplicables al nivel. Se debería disponer de un catálogo de dotación de material tanto de consultas como de Centro de Salud, que debería ser de obligado cumplimiento en todos los Centros de Salud de la Comunidad Valenciana, independientemente del Departamento.
- f. Mejorar el mantenimiento de los centros de salud (pintura, mobiliario, señalización, climatización...) hay centros que dan una sensación de abandono deprimente.

7. Actividad Docente e Investigadora. La docencia debería ser considerada como parte habitual del trabajo del profesional sanitario y nadie debería negarse a realizar docencia. La docencia/formación no debería ser algo voluntario. En la agenda diaria/semanal de los profesionales sanitarios debería haber un espacio asignado para actividades de docencia/formación, teniendo en cuenta las características individuales

(docencia posgrado, docencia pregrado o ambas). Algunas iniciativas para avanzar en esta línea

- a. Establecimiento en todos los Centros de Salud de todos los Departamentos, de un mínimo de horas semanales dedicadas a docencia/formación y en todo caso aquellos profesionales que por el motivo que sea, no acuden, o no realizan las actividades docentes, deberían asumir las actividades asistenciales de los que si lo hacen.
- b. Creación de la figura de tutor de residentes con tiempo para ejercer su función y con representación en todos los baremos (traslados, bolsa de trabajo, oposiciones, etc.)
- c. Creación de la figura de colaborador docente o tutor de docencia pregrado (estudiantes) con representación en todos los baremos
- d. En todos los centros docentes es imprescindible la existencia de recursos informáticos que faciliten las labores de docencia e investigación, tales como: Ofimática compatible y de calidad contrastada (Microsoft Office) y de programas estadísticos adecuados para poder realizar labores de investigación.
- e. La seguridad de la información, ha dificultado el acceso a datos, que en atención primaria son imprescindibles para poder realizar estudios con garantías, en el mejor de los casos las distintas oficinas encargadas de velar por esta seguridad mantienen, por lo menos en nuestro ámbito cercano tiempos de demora en la entrega de datos inaceptables. Proponemos agilizar o cambiar la forma de actuar de estas agencias entre ellas (PROSIGA, SIA-GAIA)

8. Actividad Comunitaria. La atención comunitaria es la otra pata sobre la que pivota una atención primaria de calidad. Hasta ahora es una actividad que se ha basado en la voluntariedad y compromiso de algunos profesionales. Incorporarla de pleno derecho a la actividad asistencial de primaria supone aportar recursos formados y formar e incentivar los recursos existentes. Aquí hacemos algunas propuestas

- a. Realizar actividades a nivel del centro de salud, colegios y asociaciones de ciudadanos, para mejorar el nivel de autocuidado y aumentar los conocimientos básicos sanitarios en la población. Actividades comunitarias, como la realización del mapa de activos en cada zona básica de salud, tendentes a la prescripción final de activos con cargo a los presupuestos sanitarios. Desplegar acciones que impliquen a la población en el autocuidado individual y colectivo.
- b. Mantener contactos con Salud Pública de cada departamento para concretar actividades relacionadas con la prevención y promoción de la salud.
- c. Trabajar a distintos niveles con asociaciones de enfermos.
- d. Promover la participación ciudadana con el apoyo de técnicos en salud comunitaria, para poner en marcha los consejos de salud de zona básica.

9. Burocracia. La puesta en marcha de las “instrucciones de desburocratización” de 2008 constituyeron una medida esperanzadora para AP, puesto que se atendía una reivindicación histórica, y se ofrecía una oportunidad para que se dejara de considerar AP el “nivel de la burocracia”. No obstante, la realidad nos transporta hacia un

escenario actual, donde las medidas propuestas simplemente no se cumplen, y esto, acarrea conflictos entre niveles asistenciales y molestias e ineficacia hacia el ciudadano, que vuelve a tener que entrar en una consulta para poder hacer lo que ya debería haberse realizado en otra. Proponemos asumir las instrucciones de 2008, con el consecuente control, vigilancia y obligatoriedad en todos los departamentos. De entre las medidas a destacar en líneas generales:

- a. Prescripción de la receta por el facultativo que atiende al paciente.
- b. Citación para las visitas de seguimiento en AE.
- c. Supresión de toda documentación en papel.
- d. Supresión de la obligación de emitir Informes inadecuados. Coordinación con otras administraciones, respecto a la necesidad/utilidad de dichos “informes”
- e. Desburocratizar el módulo de GAIA (módulo de prescripción), mediante la eliminación, de la aplicación informática, de los Algoritmos de Posicionamiento Terapéutico.

10. Relación Inter niveles. Buscar ámbitos comunes espacio/temporales para la relación y el conocimiento entre profesionales hospitalarios y de Atención Primaria constituye una herramienta imprescindible para la coordinación, la continuidad e integralidad asistencial. Para fomentarla proponemos:

- a. Creación de un directorio de disponibilidad para interconsultas, en ambas direcciones, distintas al establecido mediante el sistema de derivación actualmente en marcha.
- b. Elaboración de comisiones mixtas entre niveles, de forma que se potencie la relación directa entre profesionales, mediante contactos entre ellos de forma bidireccional e igualitaria entre niveles. (reuniones entre profesionales de forma directa y periódica en los hospitales y centros de salud).
- c. Elaboración consensuada e igualitaria de protocolos y guías de práctica clínica.
- d. Utilización de TIC para facilitar de forma fluida la comunicación entre profesionales desde la consulta. Entre el hospital y los centros de salud y viceversa.
- e. Garantizar de forma obligatoria que la información clínica de los sistemas de información sanitaria sea compartida entre los profesionales, habilitando las instrucciones y recursos necesarios para que se cumpla esta premisa.
- f. Disponer en AP de información en tiempo real de las demoras y tiempos de espera de exploraciones complementarias e interconsultas.

11. Integración Unidades Administrativas.

- a. Las unidades administrativas de los Centros de Salud, constituyen el primer contacto del ciudadano con el sistema sanitario. Es necesario que estas unidades funcionen de forma óptima, puesto que de ello depende en gran medida la satisfacción del/la usuario/a.
- b. Proponemos perfilar de forma adecuada, el acceso de las personas que van a formar
- c. parte de estas unidades de gestión, tanto a nivel de concursos y oposiciones como a nivel de la bolsa de trabajo.

- d. Protocolizar la actuación de estas unidades
- e. Facilitar la formación y reciclaje de sus componentes mediante cursos adecuados de comunicación y atención al ciudadano, de forma obligatoria.
- f. Crear el puesto de “personal de servicios generales”, sustituyendo en atención primaria las categorías de “celador” y “auxiliar administrativo”
- g. Establecer y reconocer la figura de coordinador o responsable
- h. Reorientar las actuales unidades, hacia el concepto más amplio de “Áreas de Atención al Ciudadano”.

12. Atención Continuada.

- a. La asistencia domiciliaria URGENTE tanto en AC como en AP debería contar con transporte sanitario con conductor.
- b. Facilitar que los profesionales que ejercen su trabajo en atención continuada sean personal integrado en los EAP, de manera que puedan prestar sus servicios también en los EAP si estos fueran requeridos.