



Los autores del Informe SESPAS 2012 piden una Atención Primaria “solvente, resolutive y socialmente deseable por todos los estratos de la población”

El décimo informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), presentado oficialmente ayer 20 de marzo, se ha centrado, en esta ocasión, en la situación actual de la Atención Primaria y su relación con la Salud Pública, y en las recomendaciones de 68 expertos, a través de 24 artículos con lo que se ha obtenido, según sus responsables “una fotografía reflexiva sobre la A.P.” apostándose por una Atención Primaria solvente, resolutive y socialmente deseable por todos los estratos de la población

Madrid, 21 de marzo 2012 (medicosypacientes.com)



El décimo informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), presentado oficialmente ayer 20 de marzo, se ha centrado, en esta ocasión, en la situación actual de la Atención Primaria y su relación con la Salud Pública, y en las recomendaciones de 68 expertos, a través de 24 artículos con lo que se ha obtenido, según sus responsables “una fotografía reflexiva sobre la A.P.” apostándose por una Atención Primaria solvente, resolutive y socialmente deseable por todos los estratos de la población.

Bajo el título "La Atención Primaria: evidencias, experiencia y tendencias en clínica, gestión y política sanitaria" se abordan, entre otros, aspectos como: la evidencia de beneficio de tener un sistema de salud orientado a la A.P.; la financiación en A.P.; el fracaso de la especialidad de medicina de familia a la hora de atraer a nuevos estudiantes de Medicina para que se formen como médicos de familia; el tema de desigualdades en salud; el problema de la prescripción en nuestro país; la recuperación del prestigio de esta profesión y de todos los profesionales que trabajan en el centro de salud; la cartera de servicios y el tipo de asistencia que hay que proporcionar a la población; y la autonomía de los profesionales dentro del centro de salud con nuevas responsabilidades económicas, jurídicas para hacerse cargo de la salud poblacional.

En el informe se aboga, asimismo, por una refundación de la Atención Primaria “que la haga más eficiente, que colabore con Salud Pública y se coordine con la Atención Especializada y otros servicios socio-sanitarios y extra-sanitarios”, según sus autores.

Como explicó la presidenta de SESPAS, María Dolores Fuiza, el informe es fruto de una labor muy importante por parte de un total de 11 Sociedades Integradas en SESPAS. Con respecto a la Atención Primaria, defendió el papel del médico de familia como el profesional mejor formado para establecer una mejor atención integrada. “Tenemos el foco puesto, por lo general, en otros países donde la fascinación tecnológica es muy evidente y eso provoca que haya más fascinación por acudir a un especialista para

recibir el último tratamiento innovador posible, que a un médico de Atención Primaria del que se va a recibir una atención global sobre una enfermedad, con una visión muy diferente sobre la atención sanitaria”.

En otro momento de su intervención, Fuiza abogó también por un aumento de la financiación, ya que el presupuesto "disminuye año tras año lo que también acaba repercutiendo en una saturación de la atención especializada”.

“En el informe -como comentó- queda reflejada la existencia de diferentes situaciones en diferentes comunidades. Estamos en tiempos de crisis y de restricción ante lo cual sería necesario hacer un esfuerzo tremendo en intentar coordinarnos lo más posible entre todos”.

El doctor Francisco Hernansanz, médico de A.P., subdirector de la Cátedra UPF-SEMG-Grünental de Medicina de Familia y Economía de la Salud y editor del Informe SESPAS 2012, apostó por una Atención Primaria solvente, resolutive y socialmente deseable por todos los estratos de la población. Recordó, al respecto, que actualmente hay 9 millones de personas que optan por tener un aseguramiento complementario y otros dos millones que prefieren no estar en el sistema público de salud sino en la privada. “En este ámbito es muy frecuente saltarse el “filtro”, puesto que el paciente va directamente al especialista, no a la Atención Primaria, y si estas personas, que son las más influyentes por su situación socio-económica y por su capacidad de influencia, no utilizan el sistema público éste termina degradándose con el riesgo de que la asistencia que ofrece acabe siendo para pobres, es decir, puede acabar siendo una “pobre sanidad”.

Su propuesta, en este sentido, pasa por introducir la Atención Primaria con más peso en el ámbito privado “porque en estos momentos no está asumiendo la función de filtro que debería realizar y no se está solucionando lo que se podría hacer en las consultas de A.P.”

La reforma de la A.P.



El presidente de la Organización Médica Colegial, el doctor Juan José Rodríguez Sendín, co-autor junto a Luis Palomo y Joan Gené-Badía, del artículo “La reforma de la atención primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación”, incluido en este Informe SESPAS, explicó durante la presentación de este tema ante un grupo de expertos reunidos en la Escuela Nacional de Sanidad algunos de los principales aspectos por donde ha de pasar la reforma de la Atención Primaria.

Se refirió, por una parte, al propio modelo organizativo que, como recordó, “no hemos cambiado y que puede propiciar el especializar o el capacitar”, explicando, en este sentido, que existen grupos de profesionales que anhelan ser especialistas pese a que pudiera no ser necesario, sino que lo que sucede –añadió- es que el modelo organizativo actual no les ofrece otras salidas”.

Otro tema que precisa ser abordado, a su juicio, es el de la reasignación de tareas y las responsabilidades derivadas de las mismas tanto entre niveles y entre profesionales, así como en los cambios de rol profesional. “Tendremos que ver si somos capaces de reasignar tareas de los médicos a otros médicos, de los médicos a enfermería, de enfermería a los auxiliares y de los auxiliares a la familia”. En este sentido, vio probable, la necesidad de que sea la propia profesión, y en concreto los Colegios de Médicos, “los que tengan que abrir el debate a pesar de las críticas que pueda suscitar este tema”.

El doctor Rodríguez Sendín mencionó, además, una serie de cambios perfectamente identificados, en su opinión: La financiación de la atención primaria “debe ser proporcional a la capacidad resolutive y a la eficiencia asistencial que se le quiere atribuir políticamente. Si el decisor colectivo no es consciente de

los cambios que precisamos que se introduzcan va a ser difícil que los profesionales podamos hacerlo solos”.

Equipos con mayor capacidad de autoorganización y con autonomía de gestión; retribución a los profesionales por capitación ponderado por patología y por calidad del desempeño; capacidad resolutoria donde la Atención Primaria tenga relación con la implicación y la profesionalidad y donde realmente seamos distintos los que queramos ser distintos, son otros de los cambios referidos.

Además, la continuidad asistencial y la mejora de la coordinación con el hospital pasan por respetar la función de agente del paciente del médico en todos los casos y circunstancias, y por hacer depender de la Atención Primaria la financiación sanitaria.

Por otra parte, el doctor Rodríguez Sendín considera que la atención domiciliaria es fundamental, y sin embargo, se la ha penalizado. Es un lugar clave y una de las fortalezas de la Atención Primaria, donde se puede conocer el entorno del paciente. “Hay que enfocar la atención domiciliaria hacia una tarea preventiva”, insistió.

Respecto a los sistemas de información sanitaria, recomendó contemplarlos como una importante oportunidad de mejora. “No es posible resolver todos los problemas, por ejemplo, con la receta electrónica pero sí va a contribuir a ello de una manera notable. El problema al que nos enfrentamos, en este sentido, es la falta de integración de la información asistencial entre niveles, por poner un ejemplo, la información asistencial de los hospitales no llega a Primaria, y sobre todo, es que tenemos 17 sistemas informáticos con auténticas fronteras entre ellos y que no son interoperables. Los sistemas de información sanitaria deberían ser 'anonimizados' y con acceso universal con requerimientos oportunos”.

“Quizá el problema -indicó- no es reconocer los cambios que son precisos introducir y realizar, el problema está en que la estructura administrativa y también la profesión se encuentra con estas tres actitudes: pasividad, la actitud defensiva y la desconfianza. Si esto lo aplicamos al decisor colectivo, a los cargos intermedios y a la propia profesión, probablemente, no sea fácil que esto sea una realidad”.

Como reflexión final considera necesario un abordaje completo y una financiación y cambios de legislación incluidos para poder abordar las transformaciones que precisa la Primaria, además de ser necesaria una reordenación del sistema y los servicios, cambiar modos y formas de gestionar lo público. También considera necesario que la oferta de servicios y la calidad se mantengan, pero que haya una revisión profunda de los puestos y funciones de los profesionales. Y para llevar a cabo toda esta transformación es preciso un Pacto Político.

Gasto en A.P.

En el artículo “Gasto sanitario en atención primaria en España: insuficiente para ofrecer servicios atrayentes para pacientes y profesionales” sus autores, los doctores Juan Simó, del Centro de Salud Rochapea, de Pamplona, y Juan Gérvas, coordinador del Equipo CESCA, subrayan la necesidad perentoria de incrementar el gasto en atención primaria, tal y como aprobó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 2006 pero que, como dicen, no se ha llevado a cabo. Según los datos manejados, entre 1984 y 2008 el gasto sanitario público global creció en términos reales un 24% más que el gasto en atención primaria. Desde entonces, todos los sectores funcionales han aumentado su presupuesto más que la atención primaria: el gasto hospitalario, un 20% más; el gasto en farmacia de receta, un 46% más; el gasto en salud pública, 15 veces más; el gasto en servicios colectivos de salud, un 52% más; el gasto en otras prestaciones sociales, un 70% más; y el gasto de capital, un 70% más.

Prescripción farmacéutica

En otro de los artículos “La prescripción farmacéutica en atención primaria”, se recoge que 900 millones de recetas fueron formalmente prescritas en atención primaria, aunque una parte sustancial de las mismas responde a indicaciones de médicos hospitalarios y especialistas. Una de las cuestiones sobre las que llaman la atención sus autores, Gabriel Sanfélix-Gimeno, Salvador Periró y Ricard Meneu, investigadores del Centro Superior de Investigación en Salud Pública y de la Fundación Instituto de Investigaciones en Servicios de Salud, ambos de Valencia, es que el número de recetas prescritas no ha dejado de crecer: 764,9 millones de recetas en 2005 / 17,3 por habitante, hasta 957,9 millones en 2010 / 20,4 por habitante, con diferencias muy significativas en el número de recetas por habitante entre comunidades autónomas (entre 15 y 25 por 1.000 habitantes en 2010). Desde su punto de vista, la masiva exposición de la población española a los medicamentos y los riesgos asociados a su consumo, adquieren una enorme relevancia desde la perspectiva de la salud pública. Advierten, que los problemas relacionados con medicamentos no siempre suponen la presencia de daño (reacciones adversas a los medicamentos) y no siempre implican por uso inadecuado, pero existen datos contrastados sobre casi 19 millones de efectos adversos por año atribuidos a medicamentos, de los cuales algo más de un millón serían graves y casi la mitad (8,8 millones) potencialmente evitables.

Para atajar esta situación, los autores proponen el desarrollo completo de la historia clínica informatizada con sistemas de ayuda a la prescripción y al seguimiento de sus problemas, que implique no tanto gestionar medicamentos, sino el desarrollo de programas longitudinales de atención a los pacientes que incorporen las actuaciones clínicas de los diferentes profesionales, incluyendo a quién, cuánto y con qué tratar. En definitiva, una mayor integración asistencial.

Prestigio de la A.P.

En el artículo "Longitudinalidad, prestigio, buena reputación (social y profesional) y medicina general/de familia. Aspectos clínicos y de salud pública", sus autores, Juan Gervas y Mercedes Pérez Fernández, del Equipo Cesca de Madrid, más Roberto José Sánchez Sánchez, de la Gerencia de Atención Primaria de Madrid, indican que un balance adecuado de actividades curativas y preventivas podría contribuir decisivamente a dar prestigio a los médicos generales/de familia, en cuanto aumento de su polivalencia (oferta de servicios) y entronque con el deseo social de prevenir. Pero ello, desde su punto de vista, requiere mayor "longitudinalidad", a la que valoran desde su impacto clínico y su impacto en salud pública. Desde el punto de vista clínico señalan que la longitudinalidad está definida por dos componentes: por un lado, la atención por el mismo médico a lo largo de toda la vida de la mayoría de los problemas del paciente y su familia; y por otro, por el reconocimiento de la población y de los pacientes de que el médico general/de familia es una fuente de cuidados con la que cuenta para el contacto inicial y para el seguimiento de la mayoría de los problemas. Desde la perspectiva de salud pública, añaden, que la longitudinalidad tiene un impacto positivo puesto que permite adaptar sus actividades a las peculiaridades de cada paciente, familia y comunidad; en pocas palabras ajustar sus actividad a las pautas culturales, económicas y sociales de la comunidad en la que trabaja.

Como medidas para mejorar dicha longitudinalidad en la atención primaria, estos autores indican que, para disminuir los traslados de los profesionales y fomentar la fidelización del médico a su cupo, se deberían: establecer incentivos que premien la permanencia en el mismo puesto de trabajo con la misma población; aumentar hasta el 50% el componente de pago por persona asignada al cupo que ahora no llega al 5%; mejorar la polivalencia de médico con formación, dotación de recursos y más tiempo; integrar a todos los miembros de la familia en el mismo cupo y, finalmente, promover una reforma que haga de los especialistas consultores que actúen como asesores del médico general/de familia.

Autogestión

En otro de los capítulos "¿Autogestión o autonomía de gestión?", del doctor Albert Ledesma Castelltort, del Equipo de Asistencia Primaria Vic S.L.P., de Barcelona, se explica que en nuestro país hay tímidas iniciativas de trabajo por cuenta propia de los profesionales para la administración sanitaria, localizadas en la atención primaria de Cataluña, donde diversos profesionales renuncian a su plaza en propiedad para establecerse asociados con otros profesionales, asumiendo riesgo económico y jurídico en sus decisiones, la llamada autogestión. En ningún momento ha supuesto la privatización de la sanidad, aunque sí de la gestión del servicio pero éste sigue siendo público.

Es un modelo que incluso recomienda la Unión Europea: desarrollar autogestión y pequeña empresa en la atención primaria. Asimismo, se recuerda que la diversificación de la gestión de atención primaria ha sido evaluada en varias ocasiones, primero por la Fundación Abedis Donabedian (FAD) y el Defensor del Pueblo en los años 2001 y 2002, y posteriormente en el 2005 por el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) y el Instituto de Estudios de la Salud (IES). En base a ello se concluye que los resultados son similares para los diferentes proveedores, por lo tanto, si este modelo específico de responsabilidad económica y jurídica además permite la rápida adaptación a cambios, donde casi no existen listas de espera en la realización de cualquier prueba complementaria al poder elegir el lugar donde se pueden remitir a los pacientes y no estar cautivos de un hospital y su lista de espera, si permite dar una cartera de servicios ampliada: odontología completa, podología, etc. sin tener que recurrir a otros proveedores, y todo esto con gran satisfacción de los pacientes y los profesionales.

Por otra parte, se explica que los resultados anuales del *ranking* de mejores prácticas de los equipos de atención primaria (EAP) de la Región Sanitaria de Barcelona, sitúan a estos proveedores entre los 10 primeros puestos a imitar en cuanto a accesibilidad y satisfacción, efectividad e integralidad, capacidad resolutoria y eficiencia, el debate, según se destaca en el Informe SESPAS 2012, no debería aplazarse más.

Medicina Familiar y Universidad

El informe SESPAS dedica uno de sus artículos a la medicina familiar y comunitaria como disciplina académica en la Universidad, firmado por los doctores Verónica Casado, Pablo Bonal, José Manuel Cucalón, Elena Serrano y Félix Suarez, en el que se indica que la medicina familiar y comunitaria es una disciplina académica, una especialidad y una profesión sanitaria que contiene un cuerpo asistencial, docente, investigador y de gestión. Su objetivo de conocimiento es la persona entendida como un todo. La Medicina Familiar y Comunitaria como disciplina académica y la atención primaria como ámbito educativo deben ser incorporadas en la Universidad de manera nuclear. Su ausencia causa un sesgo formativo y tiene importantes repercusiones sobre la calidad, la coordinación y la seguridad. El desarrollo de la LOPS y la construcción del Espacio Europeo de Educación Superior propician, actualmente, su presencia en la Universidad.

Asimismo, la introducción de esta especialidad como asignatura propia, como materia longitudinal a lo largo de los años y transversal con otras disciplinas, y la atención primaria como ámbito de prácticas supone una adecuación de la enseñanza a las necesidades de la sociedad y una normalización con respecto a la enseñanza en Europa, y da respuesta a las distintas normas legales que la amparan. En esta nueva situación precisa de unas estructuras (departamentos) y un profesorado (catedráticos, titulares y profesores asociados).