

## No hay una apuesta decidida por la Atención Primaria

*Grupo de Análisis Sanitario de la SEMG*

La Sociedad Española de Medicina General (SEMG) ha llevado a cabo un estudio mediante la recopilación de los datos de todas las comunidades autónomas a partir de 33 indicadores agrupados en siete ítems generales que evalúan e intentan realizar un perfil homogéneo de la situación actual de la atención primaria en todas ellas. A través de su estructura nacional y de sus órganos autonómicos, la SEMG ha recabado la información acerca de los indicadores que dan cuenta de la situación real. La importancia de estos siete grupos de indicadores, con valor por sí mismos, se fundamenta en dos elementos básicos para la mejora de la atención primaria (AP): el aumento de los presupuestos destinados y la receta multiprescripción, que permite una optimización del tiempo de consulta.

El contexto de las movilizaciones que se iniciaron en noviembre de 2006 y continuaron durante la primavera de 2007 consiguió poner en la agenda política la problemática de la mala situación en la que se encontraba la AP española. La elaboración por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) del documento de análisis Estrategias para la Atención Primaria del siglo XXI fue el punto de inflexión para el inicio del cambio una vez reiterados los problemas que el primer nivel asistencial acarrea desde hace tiempo. Tras los acuerdos alcanzados por la mayoría de las comunidades autónomas, a través de los cuales se comprometían a atender las deficiencias del primer nivel asistencial, los dos elementos clave que suponían el inicio del cambio (aumento de presupuestos y receta multiprescripción) deberían verse cumplidos para principios de 2008. Con el inicio del año, la SEMG ha querido evaluar la evolución de estos compromisos.

El informe elaborado por la SEMG ha puesto de manifiesto que existe una gran disparidad, lo que hace suponer una falta de equidad entre el primer nivel asistencial de las distintas comunidades autónomas, así

como una gran dificultad para la obtención de datos públicos, como, por ejemplo, el número de tarjetas sanitarias adscritas a cada médico. Ante estas diferencias, la SEMG quiere llamar la atención sobre la situación real de las distintas comunidades y sobre cómo se traduce el crecimiento del gasto sanitario en ellas. Además de la falta de homogeneidad en la sanidad española, que ha quedado patente, la SEMG ha comprobado que el ritmo de aplicación de mejoras es insuficiente y que los dos principales objetivos para el inicio del cambio no se han cumplido.

La falta de un sistema de información del Sistema Nacional de Salud (SNS), que debe ser indispensable para estudiar y conocer la situación en profundidad y evaluar de manera continua el estado de la sanidad en cada Comunidad Autónoma, es un motivo de especial preocupación para la SEMG. No disponer de la información pública necesaria para valorar el uso de los recursos y su resultado en las diferentes Autonomías dificulta tener una visión global crítica del estado de la sanidad española y poder proponer las medidas y soluciones necesarias. Para poder refrendar los datos recabados sobre los siete grupos de indicadores, la SEMG recurrió a todos los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y los solicitó a través de sus máximos responsables; destaca el hecho de que tan sólo se haya obtenido respuesta de dos de ellos: los de Aragón y Extremadura.

El estudio ha permitido a la SEMG analizar la situación de la AP de manera comparativa entre todas las Autonomías. Estos indicadores fueron elegidos siguiendo criterios de uniformidad para su posible comparación.

- Se ha valorado la creación de una comisión de seguimiento de los compromisos y la celebración de reuniones. Este primer indicador revela si se ha tomado realmente conciencia de lo que supusieron los acuerdos obtenidos.

- Se ha estudiado el aumento de los presupuestos destinados a AP, que deberían haber crecido por encima del aumento de los presupuestos globales destinados a sanidad y alcanzar el 25% del total en un plazo de tres años.

- Se han estudiado los elementos que contribuyen a poder aumentar el tiempo efectivo de consulta, una de las principales demandas, a través del tamaño de los cupos, el modelo de receta, la desburocratización de las consultas y las campañas de un uso adecuado de la AP y promoción del autocuidado.

- Se ha sometido a valoración el aumento de la resolución en AP, lo que permitiría disminuir de manera efectiva las listas de espera de la atención especializada. Para evaluar la resolución se ha analizado la limitación de las pruebas complementarias básicas en AP y las comisiones de ampliación de estas pruebas así como el manejo de tecnologías resolutivas.

- Se ha estudiado si existe evolución hacia nuevas formas de gestión analizando la existencia de propuestas para la flexibilidad y autonomía de gestión de los equipos de AP.

- Se ha medido la capacidad organizativa de estos equipos estudiando elementos tales como la existencia de una historia clínica informatizada, la consulta administrativa, la cita previa y la limitación de agenda, la consulta médica auxiliada y las propuestas de mejoras en la organización.

- El estudio de la acumulación de tareas y del trabajo complementario ha permitido valorar la disponibilidad de personal de sustitución y las posibilidades alternativas existentes para evitar el desgaste físico y psicológico de los profesionales.

## RESULTADOS

### 1. COMISIONES DE SEGUIMIENTO

Más de la mitad de las Comunidades ha creado una comisión de seguimiento de los planes de mejora de la AP. Sin embargo, el número de reuniones celebradas entre ellas abarca un rango muy amplio (1-7). El hecho de que las otras (Andalucía, Asturias,

Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, La Rioja y País Vasco) no la hayan creado, pone de manifiesto la poca participación de las organizaciones.



### 2. RECURSOS PARA AP

El siguiente gráfico ilustra la partida destinada a sanidad en cada Comunidad Autónoma y qué porcentaje supone del total de sus presupuestos en cada caso.

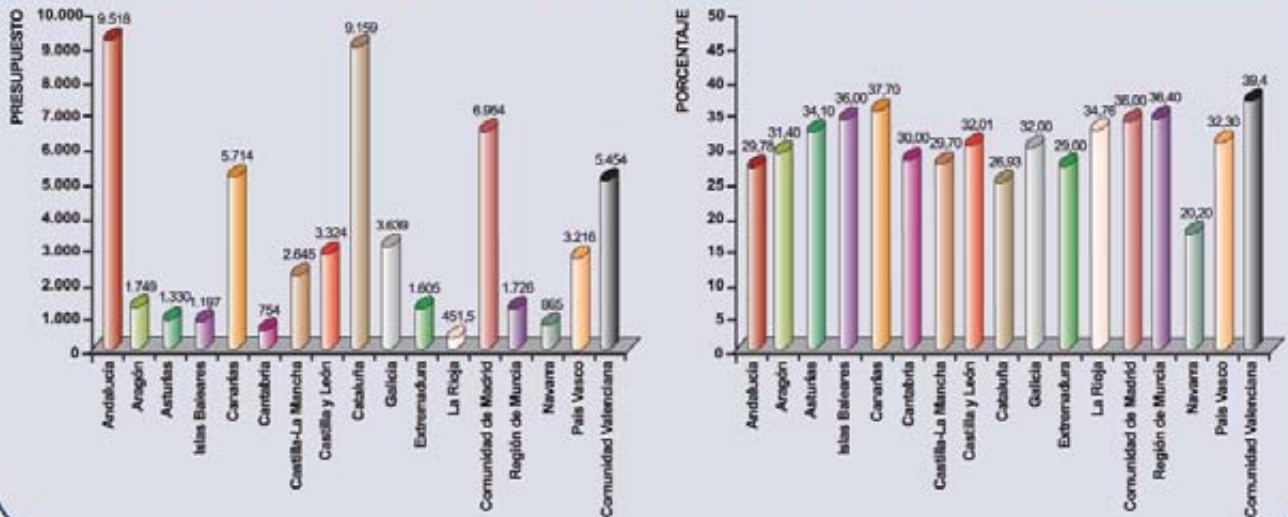
A continuación se muestra una comparativa de los datos poblacionales y el gasto *per capita* que supone el presupuesto sanitario en cada caso.

A continuación se ofrecen dos gráficas comparativas de los presupuestos destinados a AP en cada Comunidad Autónoma entre 2007 y 2008: la cantidad total destinada en millones de euros y el porcentaje que supone del presupuesto total sanitario.

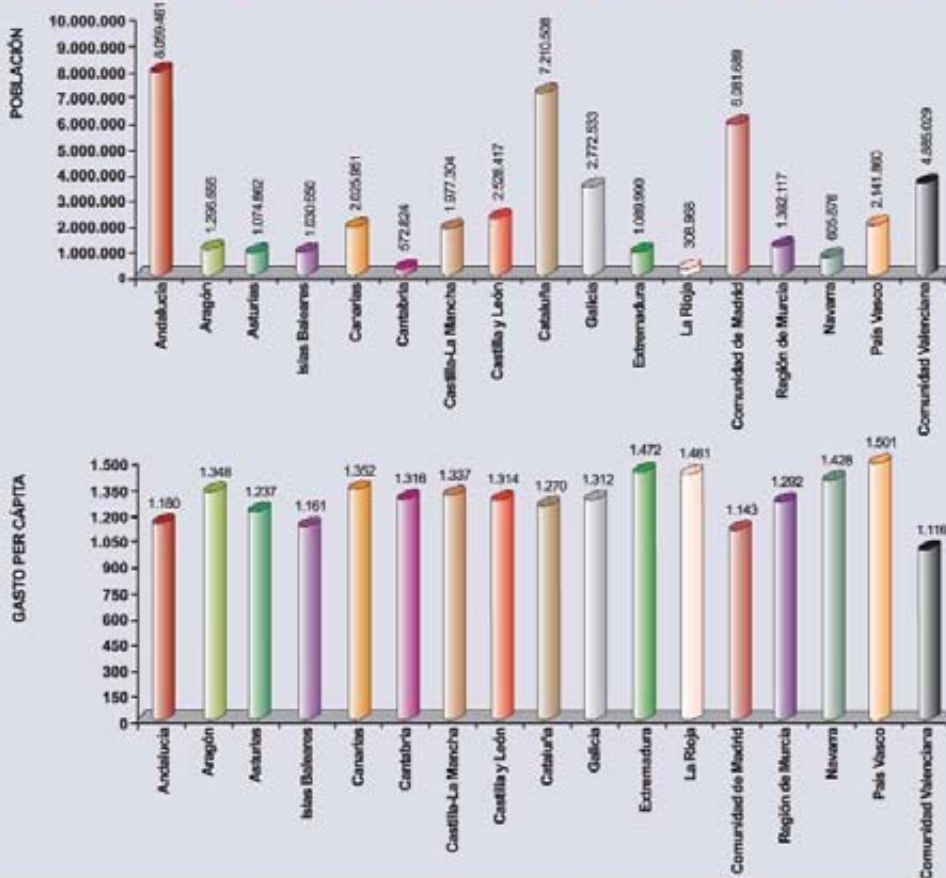
Esta última tabla es sin duda significativa y pone de manifiesto que no partimos de la misma realidad: hay Comunidades que dedican un presupuesto mayor a la AP desde hace tiempo. Se constata que el incremento del porcentaje que representa el presupuesto destinado a la AP dentro del sanitario global no sólo no es significativo de un año a otro sino que en algunas incluso es inexistente, puesto que decrece, lo que demuestra que no existe un esfuerzo inversor en AP.

El incremento que se ha producido entre los presupuestos destinados a AP de 2007 y 2008 y el gasto *per capita* de la AP en cada Comunidad Autónoma para este año quedan reflejados en los siguientes gráficos.

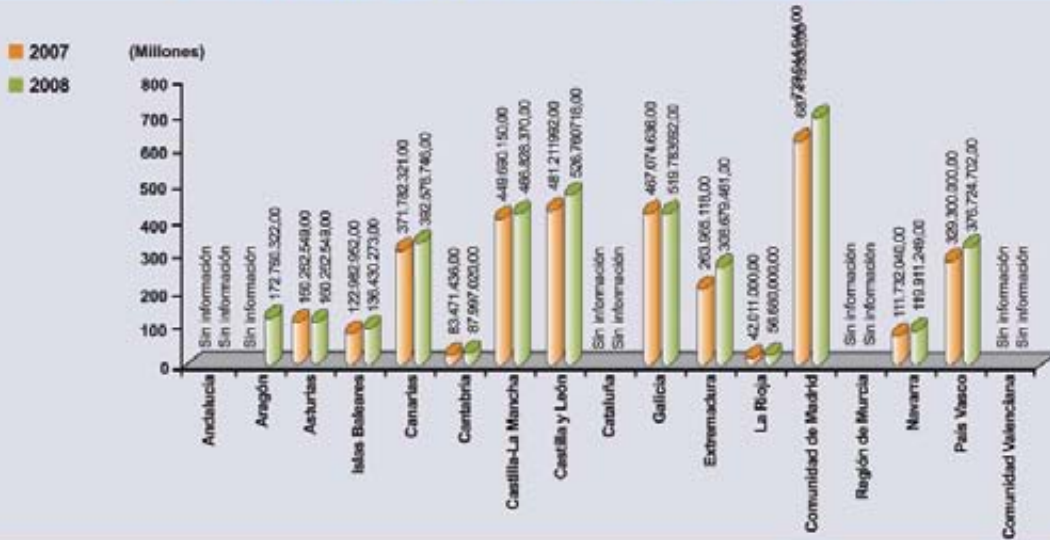
**PRESUPUESTO DESTINADO A SANIDAD EN MILLONES DE EUROS Y PORCENTAJE QUE SUPONE DE LOS PRESUPUESTOS GENERALES**



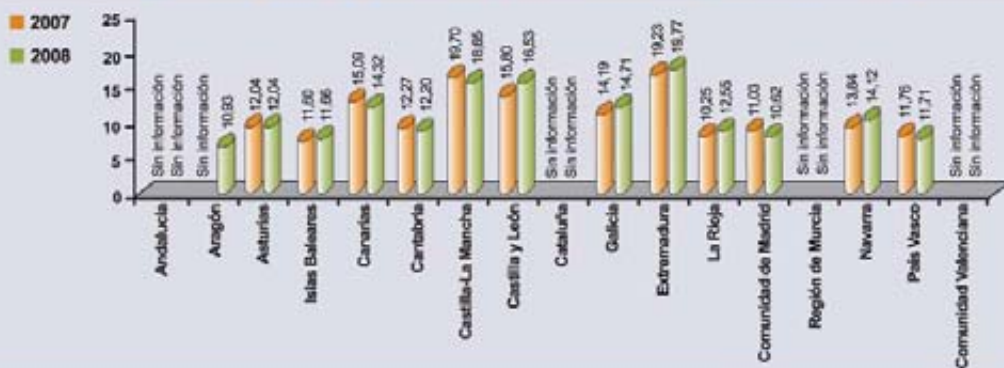
**POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA Y GASTO PER CÁPITA DE SANIDAD EN EUROS**



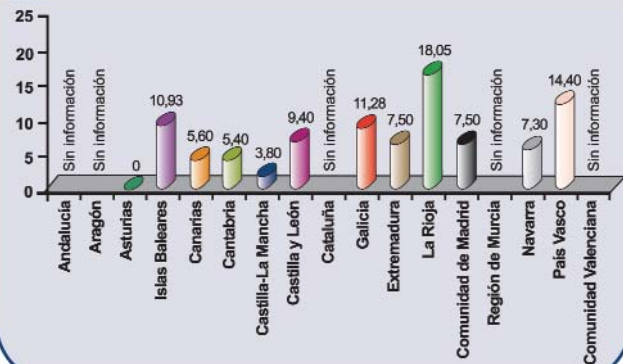
**PRESUPUESTOS DESTINADOS A AP EN EUROS 2007 Y 2008**



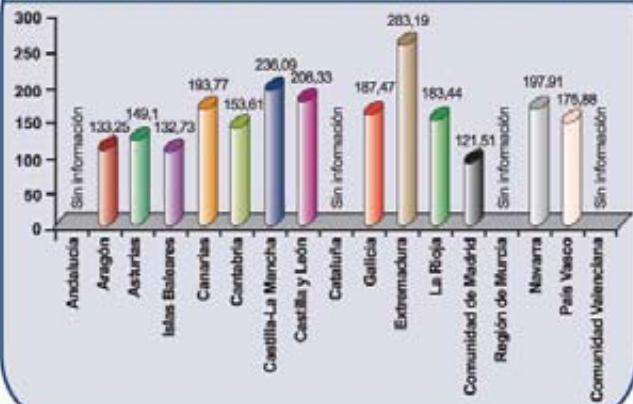
**% DEL GASTO SANITARIO DESTINADO A AP EN 2007 Y 2008**



**INCREMENTO PORCENTUAL DEL PRESUPUESTO PARA AP ENTRE 2007 Y 2008**



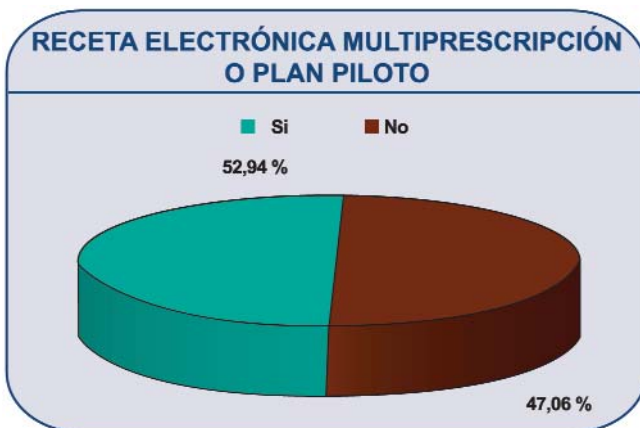
**GASTO DE AP PER CÁPITA EN EUROS PARA 2008**



### 3. AUMENTO DEL TIEMPO POR CONSULTA

Respecto al tamaño de los cupos de AP, uno de los elementos fundamentales para medir el tiempo disponible en las consultas, no se han podido obtener los datos suficientes que permitieran sistematizar la información. Éste es uno de los aspectos donde existe mayor falta de información y, contrariamente a los acuerdos establecidos, que apuntaban al descenso por debajo de 1.500 tarjetas sanitarias por profesional, cerca del 50% continúan por encima de las 1.500, según datos indirectos.

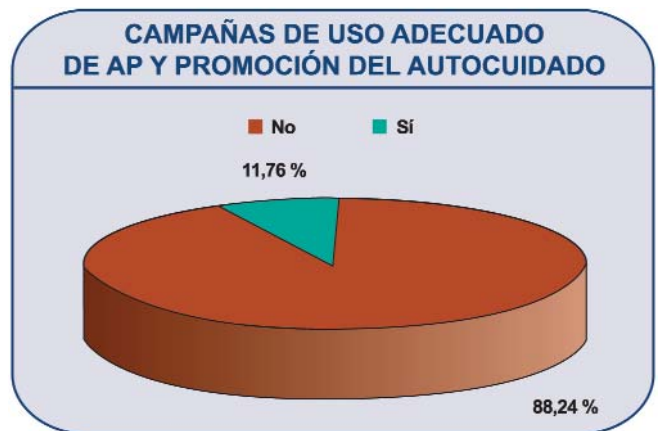
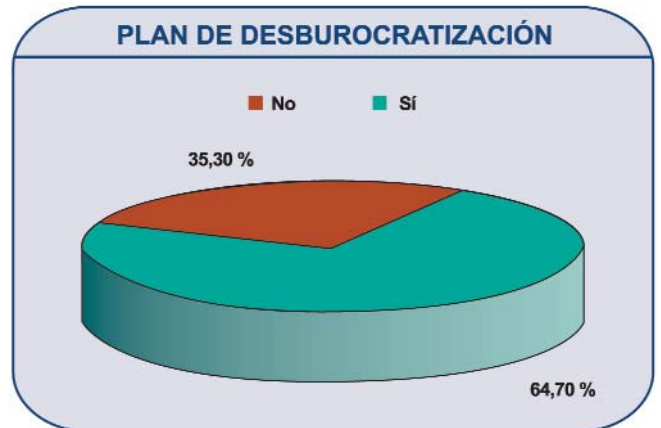
En relación con la receta informatizada, se puede decir que todas las Comunidades Autónomas disponen de ella con mayor o menor grado de implementación.



Sin embargo, poco más de la mitad de las autonomías (Andalucía, Islas Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura, Galicia, Madrid y País Vasco) dispone de receta electrónica multiprescripción o de proyecto piloto, y ninguna de ellas cuenta con la multiprescripción en papel. Es conveniente recordar que la receta multiprescripción constituyó una de las principales y más demandadas propuestas promovidas por la Plataforma 10 Minutos en las jornadas de paro en 2007 y es una de las cuestiones que más contribuiría al ahorro de tiempo en las consultas.

Al hablar de desburocratización de las consultas médicas, aunque la mayoría de las Comunidades asegura haber promovido planes para ello, hay que señalar que en ninguna de ellas se han concretado medidas específicas. Las campañas de uso adecuado

de la AP y las que promocionan el autocuidado y combaten la medicalización excesiva son anecdóticas en la práctica totalidad de las Comunidades Autónomas.

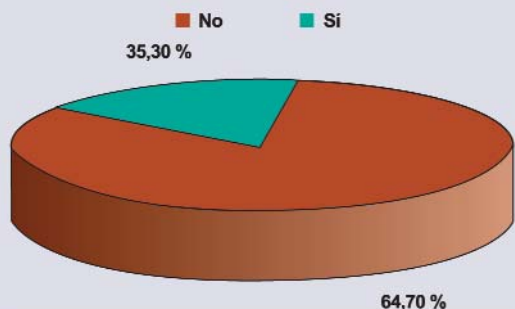


### 4. AUMENTO DE LA RESOLUCIÓN EN AP

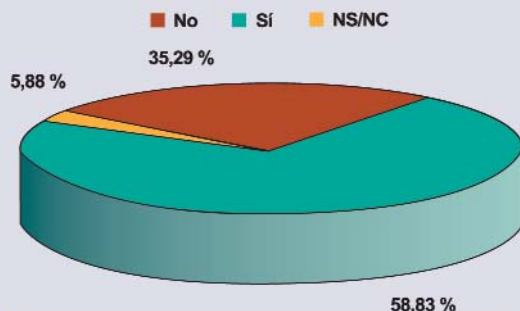
Más de un tercio de las Comunidades Autónomas ha limitado la petición de pruebas complementarias. Sin embargo, la mayoría de ellas cuenta con comisiones de ampliación de pruebas complementarias.

El empleo de herramientas resolutivas está previsto en la mayoría de las Comunidades Autónomas. La ecografía solo está operativa en AP en algo menos de la mitad de ellas. La SEMG, pionera en el uso y extensión de esta técnica diagnóstica en AP, lamenta su escasa presencia en las consultas puesto que es un elemento que sin duda contribuye a mejorar y aumentar la resolución de este nivel asistencial.

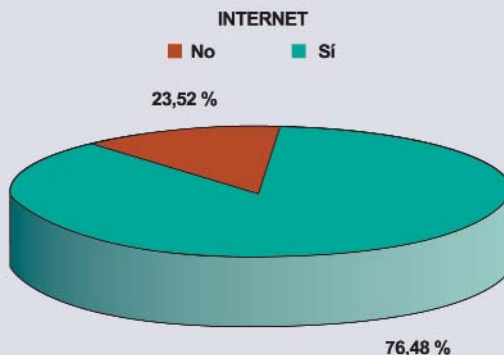
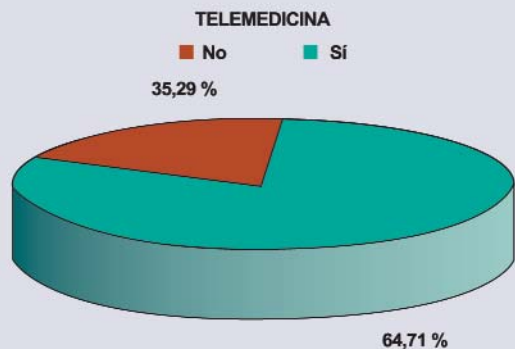
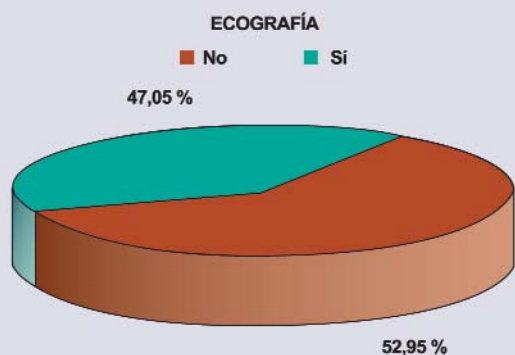
**LIMITACIÓN DE PETICIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS BÁSICAS**



**COMISIÓN DE AMPLIACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**



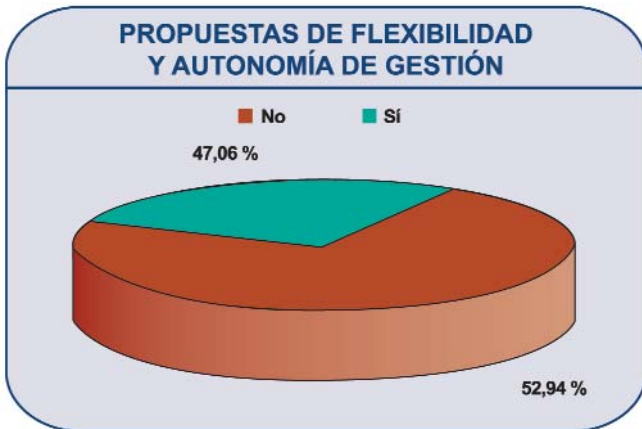
**USO DE HERRAMIENTAS RESOLUTIVAS**



**5. AUTOORGANIZACIÓN DE PROFESIONALES Y EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (EAP)**

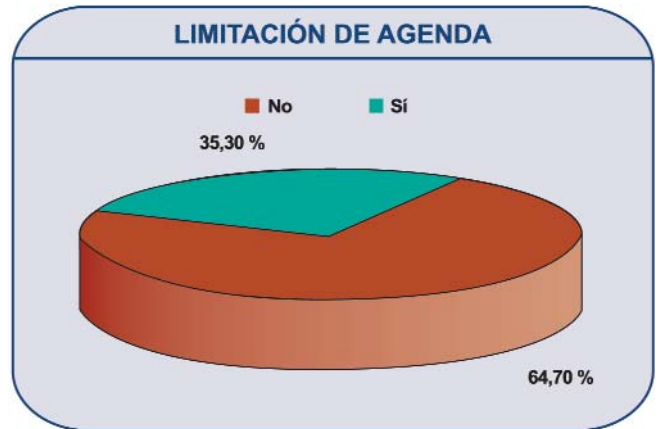
No llega a la mitad de las Comunidades Autónomas las que prevén propuestas de flexibilidad

y autonomía de gestión de los EAP. Este hecho confirma la preocupante falta de iniciativa para proponer nuevos modelos de gestión necesarios que aún no han sido planteados en la mayoría de las mismas.



#### 6. MEJORA DE LA EFICIENCIA ORGANIZATIVA DE LOS EAP

Este indicador, que mide la capacidad organizativa de los EAP, demuestra que la totalidad de las Comunidades Autónomas dispone del sistema de cita previa y prácticamente todas ellas trabajan con la historia clínica informatizada o ha puesto en marcha un plan piloto. Las propuestas de mejoras organizativas y de consulta administrativa son aceptadas por la mayoría de las Comunidades Autónomas. Sin embargo, la limitación de agenda sólo alcanza a un tercio de las mismas, lo que preocupa seriamente a la SEMG, puesto que significa que el médico debe asumir todo el volumen de trabajo que llega sin límite a su consulta. En este sentido, otro asunto que la SEMG considera llamativo es que la consulta médica auxiliada no está presente en ninguna de las Comunidades Autónomas.



#### 7. ACUMULACIÓN DE TAREAS Y TRABAJO COMPLEMENTARIO

Las disponibilidades de sustitución real son puntuales en la mayoría de Comunidades Autónomas, hecho que resulta muy preocupante para la SEMG puesto que tiene difícil solución. La mayoría de sustituciones ha de hacerse por los propios profesionales y las alternativas de mejora de la situación física y psicológica de desgaste del profesional son escasas. En este sentido, la retribución de la sobrecarga de trabajo, aunque se produce en la mayoría de ellas, es muy dispar, al igual que lo es la ampliación de jornada.



**LA OPINIÓN DE LOS MÉDICOS**

Además del estudio comparativo llevado a cabo por la SEMG, esta sociedad científica ha realizado una consulta de opinión a través de Internet, contestada por 480 facultativos que, a pesar de no contar con una muestra de valor científico ni estadístico, indica la apreciación y sensación de los médicos desde sus lugares de trabajo. Los resultados de la encuesta demuestran que, aun habiéndose iniciado el propósito de mejora, el hecho constatado es que no se traduce tampoco en el sentimiento de los profesionales.

Así, entre los resultados obtenidos de la encuesta, el 83,9% contesta negativamente a la pregunta de si han percibido una mejoría de la adecuación del tamaño de los cupos a lo pactado en el plan de mejora de su Comunidad Autónoma y casi el 80% asegura no haber experimentado mejoría en relación con la acumulación de tareas y trabajo complementario. Sólo el 45% asegura haber notado una mejora en el precio de la hora de guardia. En lo relativo a la formación e investigación, los encuestados mayoritariamente no han percibido mejoras para la oferta ni la realización de ninguno de los dos aspectos.

En cuanto a los aspectos burocráticos, la opinión del 90% de los médicos encuestados es que

no ha disminuido y el 75% no ha percibido mejoras en la capacidad resolutoria de los centros.

Y, en último lugar, el 46% de los médicos consultados ha manifestado apreciar que la situación empeoró desde el inicio de las movilizaciones y un 45% declara que su percepción es que no se ha modificado, mientras que tan sólo el 9% opina que mejoró.

**COCLUSIONES**

Las conclusiones de este estudio se recogen ya en el Editorial de este mismo número, pero cabría compilar aquí algunas pinceladas destacadas. Como que la gran variabilidad de los resultados confirma las diferencias de nuestro SNS y nos hace reflexionar sobre la posible pérdida de equidad del sistema. Un sistema que sigue viendo como el porcentaje del presupuesto sanitario de 2008 dedicado a la AP sigue siendo escaso y muy alejado en la mayoría de las Comunidades Autónomas del solicitado por los profesionales, lo que nos hace concluir que la AP no es una prioridad y que las diferencias en este campo con la especializada siguen aumentando.

La receta electrónica multiprescripción también sigue siendo anecdótica. Así que teniendo en cuenta que el aumento presupuestario y la receta multiprescripción eran las dos reivindicaciones clave de la primavera pasada, se entiende que el ritmo de implementación de los acuerdos resulta muy insatisfactorio.

Si a ello le sumamos que el porcentaje de médicos con un cupo de TIS superior a 1.500 no ha experimentado mejoras significativas y tampoco se han puesto en marcha medidas concretas de disminución de la burocracia ni nuevas fórmulas de gestión que ayuden a una mejora en el tiempo de consulta, ni ampliación de personal para asumir las suplencias; o incluimos las grandes diferencias que existen de un punto a otro en cuanto a precio de las guardias... no nos extrañará que los profesionales, según reconocen, no hayan tenido ninguna sensación de mejora.

