

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

La Atención Primaria en la encrucijada tras la epidemia del COVID-19

3 de Septiembre de 2020.

Antes de la pandemia la Atención Primaria (AP) atravesaba una profunda crisis consecuencia de los recortes presupuestarios (apenas supone el 14% del gasto sanitario); limitaciones de acceso a pruebas y recursos diagnósticos; irracionalidad y deficiencias en la composición de las plantillas de los equipos; sometimiento a los intereses hospitalarios, que limitaban su importante papel en el sistema sanitario público.

Con la pandemia que desbordó a hospitales, y UCIs la AP demostró la importancia de disponer de nivel asistencial universal, próximo a la población y conocedor del historial de salud de personas, familias y comunidades. Durante la crisis, identifico contagios y contactos, El tratamiento de personas infectadas sin gravedad en sus domicilios evito el colapso de las camas de los hospitales muy recortadas por los gobierno conservadores, atendió otras patologías y resolvió las dudas y temores de la población por vía telefónica.

Esta situación abrió la esperanza de que el esfuerzo para restablecer la normalidad del sistema de salud podría suponer un importante impulso para la re- forma y mejora de la AP.

Pero la realidad ha ido por otro camino durante la pandemia:

1.- La mayoría de Autonómicos se han cerrado Centros de Salud con- centrando en algunos de ellos los servicios de llamadas telefónicas con la finalidad de evitar contagios del personal y de la población usuaria

2.- Las autoridades de algunas autonomías además de cerrar los centros de salud han utilizado a los profesionales de los centros de salud en los llamados Hospitales de Campaña, donde han desempeñado una actividad en muchos casos subalterna.

3.- Se ha sustituido la consulta presencial por la telefónica (en algunos centros 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 no realizan consulta presencial o incluso tienen lista de es- pera de más de 1 semana para llevarla a cabo. El argumento utilizado para adoptar esta medida ha sido evitar contagios en los centros de salud.

4.- Como consecuencia parte de los centros han estado vacíos duran- te esta crisis sin atender a pacientes con otras patologías ni a los programas de crónicos, mujer o niño sano. Esta situación es muy distinta según las CCAA y es especialmente preocupante en Galicia, Madrid y Cataluña. Con la llegada del ve- rano y ante la falta de personal por vacaciones o bajas laborales se han cerrado consultas llegando en algunos ha situaciones limite como que de 7 facultativos solo uno pase consulta.

5.- En muchas comunidades autónomas el rastreo para identificar los contactos de las personas infectadas ha sido privatizado y asignado a empresas multinacionales (como Quirón), o simplemente no se realiza. En las que esto no ha ocurrido la falta de personal en los centros de salud hace imposible esta actividad que exige tiempo para poder llevarla a cabo con seguridad y eficacia.

6.- La coordinación del personal rastreador con la Atención Primaria ha sido débil o nula ni existe 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 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 con recursos para la información o la intervención social, en una pandemia que exigía una intervención pluridisciplinar y socio-sanitaria

8.- Sigue sin ponerse en marcha la participación en la planificación, desarrollo y control de las actividades de los Centros de Salud 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) 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.

9.- La Atención Primaria apenas ha prestado asistencia a las personas ingresadas en las residencias de Mayores, en buena parte en manos de multinacionales, fondos de inversión y fondos buitre. La falta de personal, la masificación y las trabas a ingresar en hospitales e las personas contagiadas en las mismas ha disparado la mortalidad en los residentes de las mismas, que sufren una inaceptable discriminación al haber perdido el derecho a la atención sanitaria pública.

10.- Las Comunidades Autónomas no han incrementado los presupuestos de primaria ni creado las nuevas plazas en los Centros de Salud (especialmente de enfermería), necesarias para prestar cuidados y asistencia en los Centros de Mayores o en los domicilios de las personas afectadas. Se desconoce que parte de los nuevos fondos destinados a combatir la epidemia estén destinados a AP.

11. Es importante una AP resolutive (con dotación suficiente de personal y medios) en la descarga de la atención especializada y en las listas de espera de la misma (ya que la AP podría hacerse cargo de muchos problemas de salud que van a urgencias hospitalarias, consultas de especialistas...)

En lugar de reorientar el esfuerzo para la recuperación del sistema (profundamente dañado por las políticas de recortes de recursos perpetradas por los gobiernos) parece apestar desde las administraciones (y algunos grupos profesionales corporativos) por limitar la demanda asistencial pública con medidas como:

Limitar el acceso a la atención, transformando en alguna comunidad autónoma al personal administrativo en una primera barrera para seleccionar quien y cuando debe ser atendido (cribado). En algunos centros la limitación de aforo obliga a los pacientes a hacer cola fuera de los centros.

Transformar la mayor parte de la demanda en consultas no presenciales (telefónica o telemática), con incluso listas de espera para las mismas. Sustituir la consulta presencial por la telefónica o telemática (incluso alguna organización proponen que sean el 80% de la demanda), dirigidas esencialmente al personal médico. Las barreras de acceso a la AP pública favorece la privatización, la huida de las personas con mayor capacidad económica a

los seguros privados (supera el 20% de la población) y la discriminación de los grupos con menor capacidad económica.

El contacto y la relación medico-paciente constituye uno de los pilares esenciales de la AP, por lo que mantener esta modalidad de consulta como base de la atención supone una enorme limitación de la accesibilidad, la racionalidad y la calidad del modelo. Por otro lado la exploración física es fundamental para el diagnóstico y el seguimiento en muchos casos.

Continuar recortando la actividad y responsabilidad de la Atención Primaria dentro del sistema externalizando actividades propias de la AP como la vigilancia epidemiológica, el rastreo de contactos, la solicitud de pruebas (como las PCR) o la atención de las residencias de mayores.

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.

Propuestas:

1. Incrementar urgentemente el presupuesto sanitario, destinando a Atención Primaria la mayor parte de la nueva inversión sanitaria a recuperar el sistema tras la epidemia. El objetivo sería alcanzar el 25% en 5 años.
2. Hay que 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 multidisciplinarios para acabar con la medicalización de la atención y responder a las necesidades de salud de la población.
4. Incrementar la responsabilidad de la AP con nuevas funciones (vigilancia epidemiológica o atención a las residencias de mayores) actividades (promoción, prevención, rehabilitación, atención a la cronicidad, educación para la salud) e incorporar nuevos recursos (fisioterapia, psicología clínica, trabajo social, logopedia, atención temprana...)
5. Mejorar la coordinación de la Atención Primaria con el resto de servicios sanitarios como Salud Pública y hospitales, y no sanitarios como trabajo social o atención a la dependencia.
6. Desarrollar el Modelo Comunitario incorporando a 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).
7. Mejorar la accesibilidad acabando con las listas de espera, mejorando las áreas administrativas de apoyo a la atención y limitando la consulta telefónica o telemática a actividades complementarias que no limiten o interfieran con la necesaria relación personal y presencial entre trabajadores de AP y población y discriminen aun más a las personas mayores o con dificultades culturales y formativas para el manejo de las nuevas tecnologías.

Si no hay una fuerte presión social y profesional cambios, la nueva realidad post-pandemia puede deteriorar aún más los problemas que viene arrastrado desde hace tiempo la Atención Primaria.

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública
3 de Septiembre de 2020.