

El conflicto existente en el nivel de Atención Primaria

Ruiz-Giménez Aguilar, J.L.

Especialista en Medicina Interna y M.F.C. C.S. Vicente Soldevilla. Madrid.

CAD. ATEN. PRIMARIA 2004; 11: 121-122

El modelo organizativo actual del Sistema sanitario del Estado Español está considerado a nivel internacional como bueno y eficiente. Ahora bien, en cada nivel asistencial existen una serie de dificultades y retos que han de abordarse para adecuarse a las expectativas sociales y profesionales y a los cambios intrínsecos inherentes a un sistema abierto dirigido a su mantenimiento. Nos centraremos en analizar el nivel primario pero sin olvidar que está dentro de un sistema más amplio y que muchos de sus problemas dependen de las interrelaciones con los otros niveles asistenciales y características del sistema sanitario.

El nivel primario es el que se debe desarrollar en los Centros de Salud de forma integrada y mediante el trabajo en equipo las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, de los habitantes de la zona básica.

DIFICULTADES Y RETOS DEL NIVEL PRIMARIO

En la década de los 80 se inicia un proceso de cambio cuya extensión y consolidación persiste hasta la actualidad. Sobre la reforma del nivel primario son de señalar las siguientes consideraciones:

- 1- El modelo de organización de EAP pretendía en su momento reforzar el papel de **la Atención Primaria como puerta de entrada y modulador del sistema sanitario**, aumentar la capacidad de resolver problemas y satisfacer necesidades con una atención más accesible, integral y continua, facilitar la multidisciplinaridad y complementariedad, mejorar la calidad científica del proceso así como la utilización adecuada de los recursos y el propiciar la participación de la comunidad.
- 2- Sin lugar a dudas la atención primaria, ha ido afianzándose con la consecución parcial de los objetivos inicialmente planteados. Sin embargo, **el nuevo modelo no es homogéneo en todo el Estado Español**. La extensión de la reforma de la atención primaria calculada a principios del 2003 es del 85% aunque la información disponible es contradictoria según las fuentes y Comunidades Autónomas. Existen características esenciales básicas ya establecidas en la Ley de Sanidad que obligan a todas las

CCAA y que definen el modelo organizativo. Como consecuencia de la descentralización administrativa y las competencias transferidas, se han introducido diferencias en la organización de los servicios sanitarios tanto en la atención primaria como en la especializada.

- 3- Se trata de un **modelo en proceso continuo de cambio** y sujeto a la existencia de orientaciones y prioridades de políticas económicas y sociales coyunturales que en ocasiones ponen en cuestión elementos esenciales del modelo. En este sentido conviene recordar las propuestas del informe de la Comisión parlamentaria de Evaluación y Análisis del Sistema Sanitario presidida por Abril Martorell, los Planes estratégicos del Insalud y su importancia en la política actual.
- 4 El modelo diseñado de organización, referido a los Equipos de Atención Primaria y Centros de Salud, es un **modelo operativo reconocido internacionalmente como válido** y que reproduce aspectos del modelo biomédico especializado que de entrada no pone en tela de juicio sus criterios, contenidos y metodología pero que permite cambios más profundos hacia un modelo integral de atención a la salud.

Con la organización en EAP se han conseguido logros importantes respecto al sistema anterior de cupo pero no permite concluir que se haya conseguido todo lo que se pretendía. La estrategia de APS, y los criterios progresistas que la definen, puede ser válidos para propiciar en un sistema social concreto procesos de cambio social para conseguir niveles de salud y bienestar mejores y más igualitarios. Ahora bien, si la actual correlación de fuerzas y de hegemonía social no tiene tal objetivo como prioritario se consigue desvirtuar dicha estrategia.

Bárbara Starfield en un análisis comparado de atención primaria en diez países, encuentra que aquellos países, entre ellos España, que cuentan con médicos de familia y equipos de atención primaria, presentan un uso menor de medicación, costes globales menores y consigue niveles mayores de satisfacción y, lo más llamativo, niveles mejores de salud; en definitiva: resultados mejores en términos de efectividad, eficiencia micro y macroeconómica, equidad y satisfacción.

Las dificultades más importantes del momento se pueden clasificar en:

Problemas estructurales.

Financiación restrictiva y limitada del nivel de Atención Primaria. Problemas de edificios y espacios adecuados. Tacañería manifiesta en dotación de equipamientos. Faltan recursos humanos y no están adecuados a las necesidades de las distintas comunidades y zonas.

Problemas de proceso.

El modelo de atención a la salud: Domina el paternalista sobre el de capacitación ("empoderamiento") y de desarrollo de la autonomía del paciente. Hemos generado un alto nivel de dependencia profesional.

La dinámica del trabajo de equipo presenta obstáculos como son, entre otros, el tamaño de algunos equipos, el cual es generador de ineficacia o ineficiencia, la estructura multiprofesional del equipo con personal de diferentes niveles de formación y motivación, la falta de definición de objetivos comunes, tareas a realizar y roles de cada componente con distribución heterogénea de las cargas de trabajo y participación desigual de los componentes en las tareas conjuntas, falta de formación de trabajo en equipo, problemas de comunicación presentando la dinámica interna de la mayoría de los equipos limitaciones organizativas y de coordinación.

Programas de salud y guías clínicas de actuación. La cobertura y la calidad de la asistencia han mejorado notoriamente respecto al modelo anterior pero se mantienen ineficiencias, como heterogeneidad en su aplicación o adecuación a la evidencia científica entre otras.

La progresiva masificación de los centros, afecta de forma manifiesta a la efectividad y eficiencia del sistema. La práctica clínica y la actividad de consulta se encuentra mediatizada en demasía por el tiempo y el número de pacientes a atender y las actividades a realizar. La gestión de la actividad clínica es en ocasiones rígida, ineficiente y sujeta a limitaciones.

Los programas de formación continuada y de capacitación para responder a los cambios científicos y tecnológicos están igualmente mediatizados por las dinámicas en general muy agresivas de la industria farmacéutica y tecnológica. La coordinación con el nivel especializado y con los servicios sociales presenta muchas dificultades y barreras.

Problemas de resultados.

Faltan por investigar las mejoras en los niveles de salud que nuestra organización produce tanto a corto como a largo plazo. Las insatisfacciones detectadas en los ciudadanos

relativas al trato recibido, a la información que reciben, al escaso tiempo y a la rapidez y calidad en la resolución de los problemas. Se valora como muy positivo la continuidad de la atención por los mismos profesionales, el nivel de confianza que se puede llegar alcanzar, los programas de atención y el nivel técnico.

Niveles de frustración, desmotivación e insatisfacción de los profesionales: Este problema se encuentra en alarmante crecimiento.

Consideramos sin embargo que, a pesar de todo, debemos seguir trabajando por el nuevo modelo a partir de las siguientes propuestas:

- 1- **Extensión del modelo de EAP al 100 % de la población** del Estado reforzando sus características más esenciales como integralidad de la atención al individuo, familia y comunidad con actuaciones de promoción, prevención, cura, cuidado y recuperación, adecuación de los recursos humanos de acuerdo a las necesidades de la población, sistemas de garantía de calidad y protocolización de actuaciones para patologías prevalentes según acuerdos y consensos científicos, mejoras del sistema básico de registro y documentación con la informatización y conexión con Internet, la coordinación con el resto de servicios socio-sanitarios y la participación comunitaria.
- 2- **Desarrollar una política de personal** que contemple:
 - Formación tanto en pregrado, postgrado y formación continuada sin tanta dependencia de la industria farmacéutica.
 - Cambiar el curriculum de los futuros profesionales. Tanto el licenciado en medicina como el diplomado enfermería deben tener una idea positiva, integral e integradora de la APS; han de observar con enfoque positivo el proceso salud / enfermedad y mantener una comunicación abierta con la población.
 - Sistemas de incentivos y promoción profesional.
 - Políticas de selección y contratación que permitan compatibilizar la adecuación del personal al puesto de trabajo y la estabilidad. Favorecer la dedicación exclusiva en el Sistema Sanitario Público.
- 3- **Propiciar el desarrollo de líneas de investigación** a través de metodologías participativas y emancipatorias. Entre ellas: modelos organizativos, epidemiología de los problemas de salud y factores de riesgo, efectividad y eficiencia de los protocolos de intervención y programas de salud, sistemas de información en APS e indicadores de niveles de salud y la participación comunitaria.