

Informe

La AP en Asturias en 2024

- Asociación para la defensa de la Sanidad Pública Asturias (ADSPA) -
- Plataforma de la Salud y la Sanidad Pública de Asturias (PSSPA) -

INDICE

Introducción

1. Los problemas de la Atención Primaria

- 1.1. Una financiación insuficiente
- 1.2. Los recortes y la precariedad laboral
- 1.3. Evaluación de algunos parámetros de actividad. Indicadores de actividad..
- 1.4. El acceso. El grave problema de las demoras
- 1.5. El gasto farmacéutico en recetas
- 1.6. Consumismo y medicalización
- 1.7. Contra la dualidad: El deterioro impulsa la sanidad privada.
- 1.8. Revisando los efectos deletéreos de la pandemia

2 A vueltas con el modelo, ¿cómo se entiende y cómo se práctica la Atención Primaria? Problemas y soluciones

2.1. Los medios económicos, humanos y organizativos

- El presupuesto
- Gestionar adecuadamente las plantillas
- Implantar la enfermería de familia
- Viejas y nuevas profesiones
- Una organización con valores: Profesionalidad, probidad e independencia

2.2. Cómo enfocar el trabajo desde la Consulta y el Centro de Salud

- Asegurar la accesibilidad
- Garantizar la continuidad y longitudinalidad
- Especialistas en personas
- Uso razonado y prudente de los medicamentos

2.3. Más allá de las puertas del Centro de Salud: Una estrategia de Salud Comunitaria

- *Atención domiciliaría*
- *Acción intersectorial y territorial*
- *La participación de la ciudadanía*
- *Retos de la Prevención, la declaración de Shanghái*
- *La coordinación dentro del sistema sanitario*

3. Resumen, a modo de conclusión

Anexo: La declaración de Alma Ata

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la Atención Primaria (AP) en España se anticipó a la aprobación de la Ley General de Sanidad (1986) mediante el *Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud*, y la creación de la especialidad de medicina familiar y comunitaria (1978). La posterior extensión del modelo, con una cobertura de más del 99% de población, ha permitido que la AP se convirtiese en la puerta de entrada y el eje vertebrador del sistema sanitario, gozando de un considerable aprecio de la ciudadanía y una gran valoración internacional.

Sin embargo, la AP en Asturias, al igual que en todo el Estado, pese a su fuerza y capilaridad, está en una situación difícil por problemas estructurales que vienen de lejos y que la COVID19 ha puesto críticamente de manifiesto. Los problemas no se pueden restringir a la COVID porque el telón de fondo es la contradicción entre un modelo público originariamente comunitario y una evolución presidida por la mercantilización, el consumismo y las tendencias privatizadoras, complementadas por recortes, subfinanciación y la precarización de las plantillas. Las políticas neoliberales de las últimas décadas son las responsables de la erosión del sistema sanitario y en primer término a la AP.

Por tanto, el punto de partida -desde el reconocimiento de los grandes logros de la AP por su accesibilidad, proximidad, profesionalidad y justicia social, y su función de puerta de entrada, aportando orden y criterio al conjunto de la sanidad pública- es que los problemas se han ido acumulando y la pandemia ha sido, tan sólo la espoleta que ha precipitado la crisis; pero el hilo conductor de los problemas hay que ir a buscarlo en el enfoque descontextualizado de la salud y la enfermedad, en una manera de entender la medicina desde la renuncia y la incomprensión de los factores sociales, psicológicos, biográficos y relacionales que subyacen a todo el proceso de salud/enfermedad, y que han desaparecido de la práctica asistencial cotidiana, como si fuesen "subjetivismos" ante la supuesta objetividad de los protocolos biomédicos y de un paradigma mercantilizado que se vino a denominar de "excelencia".

Analizar los problemas de la AP de Asturias y que alternativas puedan ser posibles, requiere, en primer lugar, revisar las tendencias, con los datos oficiales del Ministerio de Sanidad, comparando el año 2010 (que fue el año con el gasto sanitario más elevado) con los últimos datos disponibles

que van desde el año 2021 al año 2024. La falta de información y de transparencia son problemas añadidos, basta con decir que la última memoria publicada del SESPA es del año 2017. La mayoría de los datos son del Ministerio de Sanidad, del Ministerio de Hacienda del Gobierno central y del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Y el trabajo de recopilación le corresponde al VI Informe de AP de la Federación de Asociaciones de defensa de la Sanidad Pública (FADSP), al que debemos de agradecer su trabajo.

1. PROBLEMAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

1.1. Una financiación insuficiente

Una reivindicación básica que está en la base del colapso de la AP. Las administraciones públicas dedican un porcentaje reducido de los presupuestos sanitarios a la AP: 15,02% en el conjunto de las Comunidades en 2024, como expresión del hospitalocentrismo vigente. Existe, además, una gran variabilidad entre CCAA y Asturias está entre las que tienen un porcentaje más bajo: 13,26% en 2024, aunque naturalmente el dato se debe corregir por el total del gasto sanitario, en donde estamos en la posición de cabeza.

Alcanzar progresivamente el 25% del presupuesto sanitario, como se reivindica desde sector y los movimientos sociales, es un objetivo razonable, como reconoce la propia OMS, aunque hay que tener en cuenta que incrementar el gasto sin identificar e intervenir sobre las causas estructurales, puede conllevar efectos no deseados, porque puede inducir a más consumismo y medicalización. El “incrementalismo” no puede ignorar el conjunto de problemas que afectan al modelo vigente de la AP.

Porcentaje de gasto sanitario público destinado a la AP en los presupuestos de las CCAA para 2022, 2023 y 2024. datos disponibles

	2022	2023	2024
ANDALUCÍA	15,27%	15,36%	18,45%
ARAGÓN	ND	ND	13,00%
ASTURIAS	16,14%	16,95%	13,26%
BALEARES (ISLAS)	12,00%	14,20%	13,99%
CANARIAS	ND	15,40%	17,15%
CANTABRIA	16,18%	17,94%	17,66%
CASTILLA Y LEÓN	16,25%*	16,47%	16,47%*
CASTILLA-LA MANCHA	ND	ND	ND
CATALUÑA	16,80%	16,80%*	16,80%*
COMUNIDAD VALENCIANA	ND	ND	9,23%
EXTREMADURA	17,1%	16,79%	18,58%
GALICIA	13,18%	14,92%	14,20%

MADRID (COMUNIDAD)	10,73%	10,73%	10,03%
MURCIA	14,6%	15,20%	15,90%
NAVARRA	15,27%	13%	13%*
PAÍS VASCO	ND	ND	13,90%
LA RIOJA	15,36%	18,33%	16,75%
Media CCAA	14,93%	14,99%	15,02%

El presupuesto per cápita para AP en 2024 va desde 402€ en Extremadura hasta 150,9€ en Madrid. Las diferencias son abismales e injustificables. La media de las CCAA es de 287,4€, lo que supone un incremento desde 2021 de 46,06€, (un 19,63% más). El incremento, sin embargo, no permite corregir la insuficiencia financiera de la AP, como se comprueba al compararnos con otros sistemas sanitarios de nuestro entorno.

Presupuesto per cápita dedicado a AP en los presupuestos para 2022, 2023 y 2024

	2022	2023	2024
ANDALUCÍA	212,07	246,5	309
ARAGÓN	ND	ND	272
ASTURIAS	311,95	347,8	306,5
BALEARES (ISLAS)	206,65	259,4	264,1
CANARIAS	ND	254,1	329,6
CANTABRIA	284,85	333,7	346,6
CASTILLA Y LEÓN	302,82*	329,3	329,3*
CASTILLA-LA MANCHA	ND	ND	ND
CATALUÑA	229,3	229,3*	229,3*
COMUNIDAD VALENCIANA	ND	ND	154,8
EXTREMADURA	321,6	351,4	402
GALICIA	224,26	275,6	274
MADRID (COMUNIDAD DE)	155,02	155,02*	150,9
MURCIA (REGIÓN DE)	209,22	233,3	247,3
NAVARRA	292,50	262,6	262,6*
PAÍS VASCO	ND	ND	308,3
LA RIOJA	268,14	331,7	323,7
Total	251,53	268,95	270,3

*Castilla y León en 2022 y Cataluña y Madrid en 2023 prorrogaron el presupuesto anterior. Y en 2024 lo hicieron Castilla y León, Cataluña y Navarra Tomado del informe VI, 2024 FDSP.

El gasto per cápita en la AP en Asturias nos coloca en una posición intermedia.

Con respecto a la evolución del gasto per cápita en el conjunto de las CCAA, lo que se produce es un aumento pírrico de 1,35€ per cápita con respecto al año 2023 de promedio en todas las Comunidades excepto en las siguientes: Asturias (41,3€ menos), Madrid (4,12€ menos) y La Rioja (8€ menos) y las tres Comunidades que prorrogan sus presupuestos. .

1.2 Los recortes y la precariedad

Un problema que afecta a todas las categorías profesionales: medicina de familia, pediatría, enfermería y personal administrativo. La gran excusa de las distintas Administraciones es la carencia de profesionales; pero los profesionales emigran por el maltrato unas condiciones precarias de empleo y salario y porque, en el caso de los médicos, una parte del déficit fue provocado por una política miope en la formación de especialistas llevada a cabo por los gobiernos del PP que redujeron durante años las plazas de MIR, infrautilizando la capacidad docente de la Medicina de Familia y Comunitaria.

A la hora de valorar las ratios de los profesionales en relación con la población, hay que tener en cuenta que en muchas CCAA la población ha disminuido en la última década, por ejemplo, en Asturias del 2010 a 2020 el descenso poblacional fue de -4,55% (INE). Por otra parte, hay que hacer constar que actualmente existe un porcentaje significativo de la población que se sitúa al margen de AP, como es el caso de las mutualidades y potencialmente de los seguros y privados, que representan una cuarta parte del total de la población. Si toda la población recurriera a AP, como es el objetivo, la situación podría empeorar todavía más. Desde una perspectiva de igualdad y equidad, de poco sirve declarar a la AP como la puerta de entrada del sistema si sólo la utilizan quienes no tienen otras puertas alternativas, con el efecto añadido de que la AP pierde el estímulo de mejora que representan los ciudadanos con mayor nivel educativo y económico, por ser los más informados, exigentes e influyentes.

Medicina de familia. En este caso, la información disponible es de 2022 La siguiente tabla recoge la evolución del número de Tarjetas Sanitarias Individuales asignadas (TSI) por profesional de medicina. En 2022, igual que en años anteriores, la comunidad con mayor número de TSI fue Baleares (1.735) y la que menos Castilla y León (931).

Evolución TSI medicina de familia 2010, 2019-2022

	2010	2019	2020	2021	2022
ANDALUCÍA	1.434	1.392	1.416	1.428	1.435
ARAGÓN	1.160	1.160	1.167	1.173	1.170
ASTURIAS	1.446	1.372	1.419	1.413	1.491
BALEARES (ISLAS)	1.669	1.781	1.769	1.805	1.735
CANARIAS	1.467	1.491	1.453	1.467	1.461
CANTABRIA	1.353	1.327	1.337	1.332	1.353
CASTILLA Y LEÓN	931	907	909	922	931
CASTILLA-L MANCHA	1.259	1.251	1.248	1.252	1.260

CATALUÑA	1.432	1.320	1.398	1.418	1.378
VALENCIA	1.509	1.408	1.418	1.425	1.346
EXTREMADURA	1.184	1.122	1.117	1.113	1.109
GALICIA	1.312	1.264	1.242	1.236	1.227
MADRID	1.527	1.558	1.538	1.570	1.551
MURCIA	1.484	1.440	1.451	1.419	1.382
NAVARRA)	1.408	1.340	1.337	1.323	1.292
PAÍS VASCO	1.766	1.324	1.317	1.405	1.405
LA RIOJA	1.188	1.260	1.294	1.288	1.276
Total	1.398	1.341	1.355	1.370	1.356

Un dato relevante es conocer el número de profesionales en Medicina que tienen más de 1.500 y más de 2000 TSI, porque son situaciones de “sobrecarga asistencial” (se supone que 1.500 TSI son el límite máximo para garantizar una adecuada atención sanitaria). En el conjunto de España 59.35% de los médicos de familia tiene más de 1.500 TSI y 4,14% más de 2000.

En Asturias el 38,06% de los profesionales tienen más de 1.500 cartillas, lo que es un porcentaje llamativamente alto, sin embargo, no hay ninguno con más de 2000 cartillas.

Pediatría. En 2022, en Pediatría, la disminución de las tasas de natalidad ha influido poderosamente en las cartillas asignadas a los pediatras, pero, en sentido contrario, el número de profesionales se ha reducido globalmente. No obstante, conviene recordar que las ratios y los porcentajes de TSI por pediatra encubren otra realidad como es la existencia de numerosos centros de salud y/o poblaciones que carecen de atención pediátrica.

En Asturias los profesionales de pediatría tenían 802 cartillas asignadas en 2010 (1.037 en el promedio del Estado) y en el año 2022 ha empeorado: 856, aunque todavía por debajo de 913 en el conjunto del Estado). Ningún pediatra en Asturias tiene asignadas más de 1.250 cartillas.

Enfermería. Evolución de la ratio de TSI por profesional de enfermería ha disminuido (lo que supone una mejora) desde 2010 (180 menos, un 11,20% menos), reducción que se produce en todas las CCAA menos en Madrid.

Asturias evolución de la ratio TSI /profesional enfermería. En 2010: 1.440 (1606 promedio CCAA) , y en 2022: 1.467 (1.426 promedio CCAA). Llama la atención la evolución negativa que tiene Asturias, con una ratio que se sitúa por debajo de la media estatal.

La situación de enfermería es especialmente preocupante por el déficit ya conocido de profesionales (5,5 / 1.000 habitantes versus 9 de promedio en la OCDE, Health Data). Mientras que en la mayoría de los países hay entre 2 y 3 profesionales de enfermería por cada profesional de medicina, en España la ratio es de 0,87 (por debajo de 1 en todas las CCAA, excepto Navarra). Una situación netamente diferenciada de los países de la Unión Europea, muy alejada de países como

Portugal, con la mejor ratio de Europa (2,6), Irlanda (1,82), Países Bajos (1,61), Austria (1,56) y Francia (1,42)

Auxiliar administrativo. En Asturias la ratio era de **1 Aux. Admón por cada 2835** (3.043 es el promedio del Estado) y 2544 en 2022 (2755 en el conjunto del Estado, Cataluña tiene la mejor ratio con 1 profesional cada 1.962). Una ratio que es llamativamente baja y que tiene una importante repercusión asistencial.

1.3. Evaluación de algunos parámetros de actividad. Indicadores de actividad

Se analizan algunos parámetro de actividad o de proceso, es decir los parámetros a los que se tiene acceso, haciendo constar la inexistencia de indicadores de resultados. ¡Un problema crónico que no permite una evaluación rigurosa del sistema sanitario!

Consultas

Nº total de consultas. Asturias 2022

- Medicina: 5.748.332 consultas
- Enfermería: 3.442328 consultas

Frecuentación

Nº consultas en relación con la población asignada. Es decir, el número de visitas que realiza una persona a un determinado servicio sanitario.

En el año 2022, datos del Ministerio de Sanidad, la frecuentación a las **consultas de medicina** de la AP en el conjunto del Estado fue de 5,5 visitas por persona y año, mientras que **en Asturias es un poco más alta: 5,8 visitas/ año.**

	Consultas médicas (millones)				Frecuentación general
	Total	Centros	Teleconsultas	Domicilios	(población asignada)
SNS	256,8	153,4	100,3	3,0	5,5
Andalucía	51,1	33,8	16,2	1,1	6,1
Aragón	7,6	4,9	2,6	0,2	5,7
Asturias, Principado	5,7	2,8	2,9	0,1	5,8
Balears, Illes	4,9	3,3	1,5	0,0	4,1
Canarias	11,9	6,8	5,1	0,1	5,7
Cantabria	3,4	2,0	1,4	0,1	6,0
Castilla y León	16,0	8,4	7,5	0,1	6,9

	Consultas médicas (millones)				Frecuentación general (población asignada)
	Total	Centros	Teleconsultas	Domicilios	
Castilla-La Mancha	13,5	8,3	5,0	0,1	6,9
Cataluña	33,6	15,2	18,0	0,5	4,3
Comunitat Valenciana	26,5	17,7	8,7	0,2	5,4
Extremadura	7,3	7,1	0,1	0,1	7,2
Galicia	16,9	8,9	8,0	0,1	6,4
Madrid, Comunidad de	30,2	18,8	11,2	0,2	4,4
Murcia, Región de	9,7	7,0	2,7	0,0	6,4
Navarra, C. Foral de	3,3	1,8	1,4	0,1	5,0
País Vasco	12,2	4,0	8,1	0,1	5,4
Rioja, La	1,9	1,8	-	0,0	5,9
Ceuta y Melilla	0,8	0,8	-	0,0	5,4

La utilización de los servicios sanitarios en general y de los de AP en particular en la última década manifiesta una clara tendencia al alza, por encima incluso de lo pronosticado. Si bien, la variable «frecuentación», no sigue una distribución normal, y en diferentes estudios se ha demostrado que una parte importante de las consultas (30-40%) en los servicios de AP corresponden a un pequeño porcentaje de la población (entre el 5-10%). Estos pacientes, llamados hiperfrecuentadores o hiperutilizadores, reciben un gran número de prescripciones y derivaciones a otros niveles, causando un importante impacto económico, humano y social. Se puede definir la hiperfrecuentación en función del número de consultas en un periodo de tiempo determinado, en general entre 9 y 14 consultas en un año, y en su evaluación se han de considerar tres factores: el paciente, el profesional y la organización.

Frecuentación por tramos de edad en las consultas de medicina y enfermería en 2022, Asturias

Consultas de Medicina de familia:

Frecuentación por tramos de edad, total de la población Asturias 2022

604327 - 0- 14 años
579905 - 15- 34 años
2405211 – 35-64 años
2158893 - > 65 años

Consultas de Enfermería:

Frecuentación por tramos de edad del total de la población Asturias 2022

262010 – 0- 14 años
242000 - 15. 34 años
1131404 - 35- 64 años
1806914 - > 65 años

Como es obvio la frecuentación es mucho mayor en los mayores de 65 años, tanto en las consultas de medicina como de enfermería.

Urgencias

Demanda de urgencias y emergencias **por 1.000 hab.** (año 2022)

Resueltas	desde el centro coordinador	con desplazamiento de un profesional
ANDALUCÍA	48,94	106,33
ARAGÓN	31,03	93,36
ASTURIAS	107,44	214,89
BALEARES	39,10	129,72
CANARIAS	38,23	133,58
CANTABRIA	28,31	62,43
CASTILLA LEÓN	15,76	108,66
CASTILLA-MANC	44,18	109,83
CATALUÑA	230,32	130,16
VALENCIA	18,76	117,67
EXTREMADURA	14,80	72,04
GALICIA	76,36	113,88
MADRID	60,54	74,65
MURCIA	65,10	136,78
NAVARRA	276,19	47,46
PAÍS VASCO	63,88	112,95
LA RIOJA	53,20	173,44

TOTAL	81,04	110,94
--------------	-------	--------

Hay un importante crecimiento anual de las urgencias por 1.000 habitantes, tanto las atendidas por el centro coordinador, como las que precisaron el desplazamiento de un profesional sanitario. En este último caso en Asturias hemos pasado de 168 demandas en 2019, a **215 en 2022**

Utilización de urgencias hospitalarias versus AP Asturias se mueve en un rango alto, similar a la media inter-autonómica en cuanto al número total de urgencias, aunque baja llamativamente la utilización de las urgencias de la AP, mientras se incrementan las urgencias hospitalarias.

Consultas telefónicas versus presenciales

Como es sabido España fue el país de la UE que tuvo un mayor porcentaje de atención telefónica los 12 primeros meses de la Covid19 (The State of Health in the EU: Companion Report 2021). Este dato, a pesar de que la pandemia ya ha finalizado, sólo ha disminuido parcialmente, según la OCDE las consultas telefónicas en España en el año 2021 fueron del 39%, mientras que la media de la Unión Europea fue del 21% (OECD Health Statistics, 2023).

Es importante valorar la evolución de las consultas telefónicas entre 2020, 2021 y 2022 en las consultas de medicina, pediatría y enfermería. En ellas se observa cómo en 2022 hubo en el conjunto del país una reducción significativa (-27%) en el número de teleconsultas de medicina y un aumento de las consultas presenciales (26%).

Las consultas presenciales varían notablemente entre las CCAA, en la mayoría las teleconsultas representan entre un 30 y un 50% del total de consultas realizadas en el año 2022 Únicamente Extremadura (1,26%) y Murcia (27,59) están fuera de este rango. No hay datos disponibles sobre la Rioja. Por su parte, Cataluña (56,40%), **Asturias (50,98%)** y Galicia (48,33%) son las CCAA con mayor porcentaje de teleconsultas en España.

Total de consultas y teleconsultas (2022) en medicina por CCAA

	Total de consultas	Teleconsultas	% Teleconsultas
ANDALUCÍA	44.510.700	14.280.804	32,08
ARAGÓN	6.703.380	2348.498	35,03
ASTURIAS	5.166.209	2633.894	50,98
BALEARES)	4.277.786	1.367.797	31,97
CANARIAS	10.392866	4.600.776	44,27
CANTABRIA	2969.105	1.238.785	41,72
CASTILLA Y LEÓN	14.528.292	6.942125	47,78
C.-LA MANCHA	12288.179	4.621.216	37,61
CATALUÑA	29.755.853	16.782612	56,40
VALENCIA	22599.035	7.629.410	33,76

EXTREMADURA	6.696.263	84.666	1,26
GALICIA	15.106.800	7.300.757	48,33
MADRID)	26.217.098	10.033.931	38,27
MURCIA	8.478.260	2339.360	27,59
NAVARRA	2810.067	1.209.634	43,05
PAÍS VASCO	10.509.079	7.099.083	67,55
LA RIOJA	1.634.583	ND	ND
Total	224.643.555	90.513.348	40,29

En **enfermería** se produjo una disminución en ambas modalidades, presencial (-17%) y telefónica -28%), así como en consultas a domicilio (-2%). Cabe destacar que Murcia es la única CCAA con un incremento en las consultas presenciales (9%). Las consultas telefónicas van desde un incremento del 45% en Baleares hasta una reducción del 67% en Extremadura.

En enfermería, el porcentaje de teleconsultas por CCAA oscila entre el 0,8% en Extremadura y el 26,7 en Cataluña. Cabe destacar que no hay datos disponibles de la Rioja.

Porcentaje de teleconsultas (2022) en enfermería por CCAA, según la relación entre el total de consulta y el total de las teleconsultas

	Total consultas	Teleconsultas	% Teleconsultas
ANDALUCÍA	36.883.011	3.473.333	9,42
ARAGÓN	3.180.436	254.426	8,00
ASTURIAS	3.442328	627.835	18,24
BALEARES (ISLAS)	3.704.204	502444	13,56
CANARIAS	5.504.952	347.311	6,31
CANTABRIA	1.440.563	281.850	19,57
CASTILLA Y LEÓN	10.629.668	1.430.919	13,46
C.-LA MANCHA	9.021.217	1.510.339	16,74
CATALUÑA	21.233.633	5.641.425	26,57
VALENCIA	13.777.941	845.893	6,14
EXTREMADURA	4.357.387	36.507	0,84
GALICIA	10.458.539	605.426	5,79
MADRID	15.944.258	1.706.895	10,71
MURCIA	3.554.587	417.926	11,76
NAVARRA	2481.047	826.414	33,31
PAÍS VASCO	9.102762	2793.209	30,69

LA RIOJA	1.266.125	ND	ND
Total	155.982658	21.302152	13,66

En el caso de **pediatría**, las consultas presenciales se incrementaron en un porcentaje idéntico a la reducción en las teleconsultas (33%), pero existen variaciones en las CCAA, desde un 60% en Asturias hasta un 4% en Aragón. La mayoría de las CCA redujeron las consultas telefónicas entre un 30 y 50%, a excepción de Baleares. Cabe reseñar que la Rioja no cuenta con datos disponibles.

Porcentaje de teleconsultas (2022) en pediatría por CCAA, según la relación entre el total de consulta y el total de las teleconsultas

	Total consultas	Teleconsultas	% Teleconsultas
ANDALUCÍA	6.582023	1.890.795	28,73%
ARAGÓN	926.125	224.283	24,22%
ASTURIAS	582127	232712	39,98%
BALEARES	651.570	174.672	26,81%
CANARIAS	1.524.173	479.743	31,48%
CANTABRIA	477.511	173.248	36,28%
CASTILLA Y LEÓN	1.483.384	588.789	39,69%
C.-LA MANCHA	1.208.067	416.596	34,48%
CATALUÑA	3.890.618	1.238.049	31,82%
VALENCIA	3.937.650	1.045.270	26,55%
EXTREMADURA	619.917	7.012	1,13%
GALICIA	1.801.372	673.883	37,41%
MADRID	4.021.936	1.206.362	29,99%
MURCIA	1.260.012	347.032	27,54%
NAVARRA	453.440	148.714	32,80%
PAÍS VASCO	1.662907	968.915	58,27%
LA RIOJA	220.874	ND	ND
Total	31.303.706	9.816.075	31,36%

1.4. Acceso a la AP: El grave problema de las demoras

En el conjunto del país, la mayoría de la población (66,1%) está disconforme por la demora de la cita que le dieron para ser atendido, pero hay gran variabilidad entre las CCAA.

Como regla general no debería de haber demoras en la AP. Sin embargo, el 86,7% de la población tuvo una demora superior a 2 días (1,1 puntos más que en 2022) y un 56,3% superior a 7 días (2

puntos más que en 2022), es decir, la situación ha empeorado notablemente, aunque las demoras en la AP ya estaban presentes antes de la pandemia.

El porcentaje con demoras superiores a 2 días según CCAA van desde el 92,8% en Andalucía al 68,3% en Navarra, y con demoras mayores de 7 días desde el 69% en Andalucía al 20,6% en Navarra. Un 25,9% esperaban 11 o más días en 2023 (8,7% en 2019 y 23,6% en 2022). La demora media es de 9,12 días, y va desde 12,14 días en Cataluña hasta **4,88 en Asturias**. Seis CCAA superan los 8 días de demora.

La situación es realmente intolerable y contraria a la necesaria accesibilidad de la AP, su permanencia en el año 2024, más de 3 años después de la pandemia, es inadmisibile y explica el malestar de la ciudadanía y los profesionales.

Porcentaje de personas vistas en >2 días, en más de 7 y media de demora en días

	% > 2 días	% > 7 días	Media
ANDALUCÍA	92,8	69	10,44
ARAGÓN	87,1	50,7	7,63
ASTURIAS	72,4	27,4	4,88
BALEARES	85,5	58	7,91
CANARIAS	88,5	61,7	8,01
CANTABRIA	85,5	30,1	6,29
C. Y LEÓN	79	36,4	5,77
C. LA MANCHA	88,3	51,5	8,33
CATALUÑA	87,7	65,7	12,14
C. VALENCIANA	89,2	63,8	9,80
EXTREMADURA	79,6	38,6	6,61
GALICIA	82,6	43,5	6,69
MADRID	85,4	53,8	9,58
MURCIA	85,1	46,7	6,49
NAVARRA	68,3	20,6	5,62
PAÍS VASCO	77,4	31	5,73
LA RIOJA	82,6	42,9	6,82
TOTAL	86,7	56,3	9,12

Porcentaje de personas que señalan no haber podido acceder a las consultas cuándo ha tenido necesidad de consultar por un verdadero problema de salud (últimos 12 meses). Una situación verdaderamente preocupante, en **Asturias es el 6,28% pero en Andalucía llega hasta el 21,7%**.

ANDALUCÍA	21,75
-----------	-------

ARAGÓN	12,80
ASTURIAS	6,28
BALEARES	15,29
CANARIAS	11,23
CANTABRIA	10,95
C. Y LEÓN	10,25
C. LA MANCHA	15,06
CATALUÑA	10,25
C. VALENCIANA	15,06
EXTREMADURA	13,36
GALICIA	11,84
MADRID	19,97
MURCIA	12,48
NAVARRA	7,41
PAÍS VASCO	9,29
LA RIOJA	11,69
TOTAL	16,07

En Asturias, por tanto, la demora media para acceder a una consulta de la AP es de 4,88 días, pero el 72,4% de la población espera más de dos días y el 27,4% más de una semana. Un 6,28% declara no haber podido acceder pese haberlo solicitado.

Consultas a domicilio

Con respecto a otras formas de acceso, la **consulta domiciliaria**, que tiene porcentajes sumamente bajos (0,4% sobre el total), siendo Navarra con el 1,3%, la única CCAA por encima del 1%.

Asturias está en la media nacional con el 0,4% de consultas domiciliarias

Cómo le consultaron en AP la última vez:

Consulta	Teléfono	Telemático	Domicilio
ANDALUCÍA	76,1	23,2	0,3
ARAGÓN	82,6	16,9	0,5
ASTURIAS	78,1	21,5	0,4
BALEARES	79,9	20,1	-
CANARIAS	73,4	25,9	-
CANTABRIA	85,1	14,4	-

C. Y LEÓN	78,8	21,1	-
C. LA MANCHA	79,0	20,6	0,4
CATALUÑA	81,7	17,1	0,8
C. VALENCIANA	76,9	22,6	0,4
EXTREMADURA	82,4	16,1	0,5
GALICIA	76,5	22,4	0,9
MADRID	80,3	19,4	0,1
MURCIA	80,6	18,9	0,4
NAVARRA	77,4	20,7	1,3
PAÍS VASCO	76,3	23,0	0,3
LA RIOJA	80,9	19,1	-
TOTAL	78,6	20,7	0,4

Las tablas siguientes recogen la valoración que hace la ciudadanía de las consultas telefónicas, se observa que un porcentaje importante, cercana a la mitad de la población, considera que la consulta telefónica no les resulta cómoda (36,6%), el 21,1% están poco o nada satisfechos, mientras que el 38,8% creen que por teléfono pueden explicarse peor que en las consultas presenciales.

Así mismo, el 66,8% no entiende las indicaciones del médico por teléfono igual de bien que cara a cara el 32,2% opina que todas las consultas debían de ser presenciales y un 64,7% señala que algunas de las consultas las puede hacer por teléfono y otras deberían ser presenciales.

Conviene recordar cómo se ha publicado recientemente que las consultas telefónicas retrasan el diagnóstico y suponen una barrera en el acceso para las personas más mayores.

Porcentaje de personas que están en desacuerdo con la consulta telefónica:

	De acuerdo	En desacuerdo
ANDALUCÍA	58	34,4
ARAGÓN	60,7	33,2
ASTURIAS	48,1	30,8
BALEARES	51,3	40,9
CANARIAS	64,4	32,2
CANTABRIA	48,3	48,8
C. Y LEÓN	52,0	43,2
C. LA MANCHA	58,2	36,8
CATALUÑA	51,1	42,9

C. VALENCIANA	64,9	30,1
EXTREMADURA	54,1	36,2
GALICIA	59,8	32,9
MADRID	59,5	35,0
MURCIA	67,7	22,8
NAVARRA	47,0	46,5
PAÍS VASCO	42,2	49,9
LA RIOJA	40,9	49,6
TOTAL	57,1	36,6

Grado de satisfacción con las consultas telefónicas:

	Muy / Bastante satisfecho	Algo satisfecho	Poco / Nada satisfecho
ANDALUCÍA	33,5	32,5	21,6
ARAGÓN	51,6	27,9	19,2
ASTURIAS	50,1	22,1	25,2
BALEARES	34,1	27,9	26,1
CANARIAS	47,5	27,9	23,3
CANTABRIA	45,8	26,8	27,4
CASTILLA Y LEÓN	46,7	28,6	27,0
C. LA MANCHA	42,9	30,1	21,6
CATALUÑA	41,4	25,9	22,6
C. VALENCIANA	54,8	25,4	20,3
EXTREMADURA	49,5	26,3	17,6
GALICIA	52,2	29,0	22,4
MADRID	46,4	30,9	21,8
MURCIA	56,9	29,0	13,4
NAVARRA	44,9	32,2	19,5
PAÍS VASCO	43,9	32,0	21,9
LA RIOJA	39,2	29,4	29,4
TOTAL	48,1	29,1	21,1

Porcentaje de personas que creen que por teléfono puede explicarse igual que cara a cara:

	De acuerdo	En desacuerdo
ANDALUCÍA	41,3	54,6

ARAGÓN	31,2	54,8
ASTURIAS	40,0	55,9
BALEARES	34,9	62,6
CANARIAS	42,4	54,3
CANTABRIA	37,5	60,8
C. Y LEÓN	35,7	59,6
C. LA MANCHA	35,4	62,9
CATALUÑA	40,3	56,1
C. VALENCIANA	40,9	55,5
EXTREMADURA	38,9	67,6
GALICIA	36,2	61,6
MADRID	37,0	59,4
MURCIA	49,4	46,7
NAVARRA	33,1	60,1
PAÍS VASCO	29,1	66,8
LA RIOJA	30,5	60,6
TOTAL	38,8	56,6

Porcentaje que entiende las indicaciones del médico por teléfono igual de bien que cara a cara:

	De acuerdo	En desacuerdo
ANDALUCÍA	55,6	42,4
ARAGÓN	58,5	36,4
ASTURIAS	53,1	44,6
BALEARES	53,4	44,7
CANARIAS	57,3	41,0
CANTABRIA	51,5	46,8
C. Y LEÓN	51,9	44,3
C.-LA MANCHA	52,7	44,7
CATALUÑA	56,6	40,9
C. VALENCIANA	52,9	40,0
EXTREMADURA	52,9	42,2
GALICIA	57,2	39,3
MADRID	58,7	39,5
MURCIA	66,5	32,6

NAVARRA)	54,6	41,0
PAÍS VASCO	49,0	49,0
LA RIOJA	42,8	49,1
TOTAL	55,9	41,4

Profesionales: Valoración del tiempo dedicado a la consulta por los profesionales médicos en una escala de 1 a 10: 6,8 de promedio, desde 6,45 para Andalucía a 7,44 en Aragón. (Año 2022)

ANDALUCÍA	6,45
ARAGÓN	7,44
ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	7,18
BALEARES (ISLAS)	6,89
CANARIAS	6,58
CANTABRIA	7,17
CASTILLA Y LEÓN	7,06
CASTILLA-LA MANCHA	7,05
CATALUÑA	6,74
COMUNIDAD VALENCIANA	6,77
EXTREMADURA	6,84
GALICIA	6,59
MADRID (COMUNIDAD DE)	6,80
MURCIA (REGIÓN DE)	7,41
NAVARRA	7,39
PAÍS VASCO	6,98

Ciudadanía: Porcentaje de personas que señalan que pudieron participar (dar su opinión) en la consulta, bien referido a su tratamiento (76,3%), o bien haciendo preguntas (83,3%). Porcentaje que pudieron participar en la consulta

	Pudo opinar/ participar en su trat.	Pudo hacer preguntas
ANDALUCÍA	73,8	81,8
ARAGÓN	82,3	85,3
ASTURIAS	79,2	85,2
BALEARES	73,3	80,1
CANARIAS	74,9	80,4

CANTABRIA	74,2	83,3
C. Y LEÓN	77,1	82,9
C.-LA MANCHA	73,3	80,8
C.ATALUÑA	74,9	83,5
C. VALENCIANA	73,0	81,4
EXTREMADURA	80,6	83,3
GALICIA	76,6	82,3
MADRID	79,2	85,2
MURCIA	82,9	87,7
NAVARRA	77,8	88,9
PAÍS VASCO	81,8	88,5
LA RIOJA	76,0	86,0
TOTAL	76,3	83,3

En cuanto a la opinión de la ciudadanía sobre la comunicación y coordinación que existe entre la AP y las especialidades y hospitales, un 24,1% piensa que existe una mala o muy mala comunicación, siendo Canarias la que tiene una peor valoración (31,9%) y Navarra la mejor (11,2%).

Porcentaje que opinan que la comunicación **y coordinación entre AP, especialidades y hospitales** es mala o muy mala

Comunicación interna mala o muy mala

ANDALUCÍA	29,3%
ARAGÓN	18,9%
ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	17,6%
BALEARES (ISLAS)	20,7%
CANARIAS	31,9%
CANTABRIA	20,5%
CASTILLA Y LEÓN	22,1%
CASTILLA-LA MANCHA	23,2%
CATALUÑA	23,3%
COMUNIDAD VALENCIANA	25,6%
EXTREMADURA	23,3%
GALICIA	26,4%
MADRID (COMUNIDAD DE)	22,4%
MURCIA (REGIÓN DE)	28,6%

NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)	11,2%
PAÍS VASCO	16,8%
LA RIOJA	20,0%
TOTAL	24,1%

Finalmente, la última tabla recoge el porcentaje de ciudadanos que opinan que lo que ocurre en la AP les afecta mucho o bastante en su vida personal. La media es de un 22,3%, desde Andalucía con un 25,4% a Navarra 13%.

Porcentaje de ciudadanía que opina que le afecta mucho o bastante en su vida personal lo que ocurre en la AP:

	Le afecta mucho o bastante
ANDALUCÍA	25,4
ARAGÓN	19,1
ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	15,3
BALEARES (ISLAS)	13,9
CANARIAS	22,9
CANTABRIA	17,5
CASTILLA Y LEÓN	23,4
CASTILLA-LA MANCHA	20,5
CATALUÑA	21,2
COMUNIDAD VALENCIANA	18,1
EXTREMADURA	21,7
GALICIA	22,2
MADRID (COMUNIDAD DE)	22,9
MURCIA (REGIÓN DE)	18,0
NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)	13,0
PAÍS VASCO	17,9
LA RIOJA	22,7
TOTAL	22,3

1.5. Gasto farmacéutico por recetas

Se comparan los datos del gasto por recetas desde 2014, porque es el año en que empieza a recogerse esta información en la web del Ministerio de Hacienda. Hay 3 CCAA (Andalucía, Cataluña

y Madrid) que tienen un gasto farmacéutico por debajo de lo que le correspondería a su porcentaje de población y otras como Extremadura y Galicia lo superan prácticamente en 1 punto porcentual, en relación con el conjunto del Estado.

El gasto farmacéutico por recetas corresponde básicamente a la AP, aunque hay una parte que son prescripciones derivadas desde la atención especializada. La tabla recoge el gasto en recetas en el año 2014 (a año cerrado), 2022 (a año cerrado) y noviembre de 2023, al que le falta el mes de diciembre para saber cuál fue el gasto total de ese año. En la primera tabla se observa que en este periodo se produce un aumento importante en el gasto farmacéutico, dado que, aunque todavía quede un mes para cerrar el año, el gasto era de 12070.981,85€ en el mes de noviembre, mientras que en el año 2022 en este mismo mes, el gasto acumulado en recetas era de 11.634.518,13€. Es decir, se constata un importante incremento de 436.463,7€.

Gasto en productos farmacéuticos y productos sanitarios por recetas médicas u orden de dispensación 2022- noviembre 2023 (millones de €)

	2014	2022	Noviembre 2023
ANDALUCÍA	1.604.804,26	2321.515,11	2181.805,47
ARAGÓN	310.292,29	376.220,18	357.139,65
ASTURIAS	266.141,00	320.147,51	302351,17
BALEARES	183.729,57	265.044,39	254.318,98
CANARIAS	443.706,27	634.057,77	598.333,19
CANTABRIA	125.469,42	176.862,00	169.471,08
CASTILLA Y LEÓN	566.322,13	754.590,62	718.121,88
C.-LA MANCHA	461.039,08	615.179,09	586.289,18
CATALUÑA	1.379.142,42	1.757.981,33	1.674.497,66
VALENCIA	1.127.149,30	369.963,94	1.442284,23
EXTREMADURA	308.288,88	824.308,34	349.150,63
GALICIA	687.672,21	1.573.511,92	773.523,11
MADRID	1.114.212,51	457.199,00	1.500.396,11
MURCIA	340.920,00	159.101,39	435.829,00
NAVARRA	141.656,29	535.719,06	149.528,06
PAÍS VASCO	499.729,49	83.455,18	497.982,93
LA RIOJA	66.875,30	1.521.936,35	79.959,52
TOTAL	9.627.150,43	12746.793,18	12070.981,85

En 2022 el gasto farmacéutico en recetas por habitante va desde 363,98 en Extremadura hasta 229,42 en Madrid, diferencia que está influida por el grado de envejecimiento de la población,

pero también por otros factores como la prescripción de medicamentos genéricos (Asturias 35%, versus Madrid 44%).

En el conjunto de las Comunidades Autónomas el gasto farmacéutico es elevado con una tendencia ascendente muy importante, que en la mayoría de los casos se sitúa por encima del crecimiento global de los presupuestos sanitarios públicos, superando en todas las CC.AA el presupuesto que se destina a la AP.

Gasto farmacéutico por habitante y año a través de recetas médicas SNS en oficinas de farmacia:

	2014	2021	2022
Andalucía	191,3	251,9	278,7
Aragón	235,3	268,4	292,33
Asturias	251,3	298,5	325,85
Baleares	164,6	211,8	228,85
Canarias	209,8	272,6	293,84
Cantabria	213,4	282,0	306,67
Castilla y León	226,9	288,4	319,38
C.- La Mancha)	222,1	277,3	297,29
Cataluña	185,9	209,1	223,47
Valencia	227,4	269,7	289,03
Extremadura	281,1	332,5	363,98
Galicia	250,3	289,8	314,77
Madrid	174,6	206,8	229,42
Murcia	233,2	277,9	306,38
Navarra	222,5	222,9	236,91
País Vasco	230,5	224,2	233,26
La Rioja	212,1	242,9	266,17
Total	207,1	247,9	269,63

Un dato muy relevante es que Asturias con un gasto per cápita de 325, 85 euros es la que tiene el mayor gasto por recetas de todas las CC.AA

1.6. Consumismo y medicalización

Se medicaliza la soledad y la insatisfacción, se buscan soluciones químicas y no sociales a los avatares de la vida cotidiana, se transforma al sano en enfermo y al paciente en cliente-usuario, que como buen consumidor demanda inmediatez y proximidad (tener el recurso al alcance de la mano). La prioridad es satisfacer la necesidad de atención, mientras que la oportunidad o la

calidad de la atención prestada es accesoria. Este proceso de medicalización es uno de los mayores determinantes de la situación actual de la AP.

La medicalización no sólo contribuye poderosamente a la masificación de las consultas, sino que induce costes, polimedicación y efectos adversos. Su origen es multifactorial, existiendo diversas causas y actores implicados (industria farmacéutica, medios de comunicación, políticos, gestores, profesionales sanitarios, cultura ciudadana): El sector sanitario es a la vez actor y víctima.

Con respecto a la seguridad del paciente, los mayores riesgos están en los errores y efectos adversos de los medicamentos. Las estrategias de apoyo y evaluación de uso razonado y prudente de los medicamentos, la promoción de programas de “no hacer” (desechar las actividades que se han demostrado como innecesarias pero que están presentes en protocolos y prácticas estandarizadas) y potenciar el rol de la farmacia comunitaria deben tener carácter prioritario.

1.7. El peligro de la dualidad: El deterioro de AP impulsa la sanidad privada.

La opinión de la ciudadanía es clave para analizar el funcionamiento de la AP. La información que suministra el Barómetro Sanitario se basa en encuestas bastante representativas (unas 7.500 muestras) aunque al desagregarse por CCAA, pueden perder significación estadística. Así mismo, hay que hacer constar que, en algunos barómetros, “desaparecieron” preguntas, probablemente porque los resultados no convenían a las autoridades sanitarias del momento.

Disponemos de los resultados del barómetro sanitario de 2023 que recoge resultados recientes (3 oleadas de febrero a octubre de 2023), que puede dar un panorama fidedigno de la situación de la AP. Un dato importante es conocer quienes elegirían el sistema sanitario público versus el modelo privado. Pues bien, optarían por acudir a un centro público el 70% en 2023 (1,4 puntos más que en 2022) y con una variación que va desde el 80,2% en País Vasco al 63,7% en Cataluña).

Como muestra la siguiente tabla es muy significativo que, si se pudiera elegir entre el sistema público y el privado en el ámbito de la AP, sólo el 20,6 de la población de Asturias manifiesta su preferencia por las consultas privadas y un 27,1% en el conjunto del Estado

	SanidadPública	ConsultaPrivada	NS/NC
ANDALUCÍA	64,8	31,9	1,5
ARAGÓN	65,1	29,3	2,3
ASTURIAS	77,7	20,6	0,3
BALEARES	65,7	31,7	0,8
CANARIAS	75,6	22,4	1,1
CANTABRIA	73,5	22,3	2,7
CASTILLA LEÓN	79,5	17,7	1,3
C. LA MANCHA	67,8	30,0	0,5
CATALUÑA	63,7	33,0	0,7

VALENCIA	68,3	29,3	1,2
EXTREMADURA	72,5	25,0	-
GALICIA	76,3	20,4	1,2
MADRID	73,4	24,2	0,6
MURCIA	72,4	25,9	0,8
NAVARRA	79,8	17,3	0,7
PAÍS VASCO	80,2	16,8	0,8
LA RIOJA	75,3	23,0	-
TOTAL	70,0	27,1	1,0

La tabla siguiente recoge la nota que le otorgan las personas encuestadas a la AP pública y su comparación entre 2019, 2022 y 2023. Desde 2019 a 2022 desciende en 1,06 puntos menos de promedio, descenso que se produce en todas las CCAA, pero en 2023 tiene un pequeño ascenso, de 0,14 puntos. En 2023 la nota oscila entre 6,91 de Asturias hasta 5,98 en Andalucía, siendo la única CCAA en obtener una puntuación inferior a los 6 puntos

Valoración de la AP de la Sanidad Pública:

	2019	2022	2023
ANDALUCÍA	7,01	5,89	5,98
ARAGÓN	7,96	6,51	6,59
ASTURIAS	7,63	6,22	6,91
BALEARES)	7,48	6,54	6,73
CANARIAS	6,92	6,59	6,53
CANTABRIA	7,40	6,33	6,84
C. Y LEÓN	7,35	6,52	6,65
C. LA MANCHA	7,42	6,19	6,38
CATALUÑA	7,02	6,39	6,37
VALENCIA	7,00	6,15	6,41
EXTREMADURA	7,39	6,20	6,73
GALICIA	7,54	6,32	6,35
MADRID	7,46	5,99	6,24
MURCIA	7,03	6,36	6,92
NAVARRA	7,34	6,51	6,76
PAÍS VASCO	7,55	6,58	6,51

LA RIOJA	7,22	6,46	6,48
TOTAL	7,29	6,23	6,37

Los datos siguen siendo muy positivos, si bien se puede constatar una importante depreciación entre los años 2019 y 2022 (los años de la pandemia) con una leve tendencia a la recuperación entre el 2022 y el 2023.

Como siempre la valoración de la atención médica y de enfermería es notablemente superior a la del conjunto de la AP (7,79 y 7,96 de media respectivamente) y como viene sucediendo hace tiempo la valoración de la enfermería es mejor que la de medicina (17 centésimas), de nuevo con grandes diferencias entre CCAA: la mejor puntuación en medicina la tiene Navarra (8,18) que es la segunda mejor en enfermería (la primera Murcia: 8,43), la peor en enfermería es Canarias (7,76) y en medicina Andalucía (7,56), en todo caso, las puntuaciones siempre son elevadas.

Puntuación de la valoración de la atención recibida por los profesionales de medicina y enfermería:

	Medicina	Enfermería
ANDALUCÍA	7,56	7,79
ARAGÓN	7,94	8,28
ASTURIAS	7,99	8,05
BALEARES	7,75	8,13
CANARIAS	7,58	7,76
CANTABRIA	7,96	8,22
C. Y LEÓN	7,96	8,01
C.LA MANCHA	7,70	8,04
CATALUÑA	7,77	7,87
C. VALENCIANA	7,80	7,87
EXTREMADURA	7,79	7,87
GALICIA	7,72	7,89
MADRID	7,93	8,12
MURCIA	8,17	8,43
NAVARRA	8,18	8,35
PAÍS VASCO	7,83	8,06
LA RIOJA	8,04	8,18
TOTAL	7,79	7,96

En la siguiente tabla se recoge la evolución del porcentaje de personas que valora la atención recibida en medicina de familia como buena o muy buena entre 2019, 2022 y 2023, observándose

una caída de 7,3 puntos en promedio de 2019 a 2022 (de 87,2 a 79,7) caída que es generalizada en todas las CCAA). Mientras que desde 2022 a 2023 hay un aumento de 1,7 puntos (de 79,7% a 81,4%). La CCAA que mejor valoración obtiene es Navarra (89,8%) y la menor es Baleares (74,2%).

Valoración de la atención recibida por el médico de familia como buena o muy buena:

	2019	2022	2023
ANDALUCÍA	82,60	78,60	77,60
ARAGÓN	92,50	86,00	84,30
ASTURIAS	89,50	69,60	84,60
BALEARES	88,20	79,80	74,20
CANARIAS	79,10	80,30	80,00
CANTABRIA	88,90	81,40	84,40
C. Y LEÓN	84,70	81,00	86,60
C. LA MANCHA	92,90	79,50	77,60
CATALUÑA	87,70	78,50	78,90
C. VALENCIANA	86,10	77,80	81,40
EXTREMADURA	90,80	81,80	84,90
GALICIA	87,20	74,70	83,00
MADRID	90,70	77,20	85,90
MURCIA	85,40	77,50	83,90
NAVARRA	91,20	88,90	89,80
PAÍS VASCO	91,20	83,30	84,50
LA RIOJA	90,60	87,30	87,10
TOTAL	87,20	79,70	81,40

En todo caso, hay que señalar que la pandemia ha supuesto un punto crítico de inflexión en la percepción de la ciudadanía acerca de la AP, con un sentimiento generalizado de abandono y desatención.

En la encuesta del CIS sobre Covid19, realizada entre septiembre y diciembre de 2020 a 13.498 personas, el resultado indica que, a pesar de todo, la AP es el servicio sanitario al que más acudió la población ante la sospecha de padecer esta enfermedad, el 71,7% lo hicieron a la consulta de su médico de AP o a las urgencias de AP. Resulta llamativo que solo el 7,3% lo hicieran a servicios privados, incluyendo su propia empresa, y solamente el 4,2% a un médico privado.

En la primavera de 2021, la Federación de asociaciones de vecinos de Gijón, realizó una encuesta, respondida por 732 vecinos de los barrios de la ciudad. El dato más llamativo es que cerca del 50% de los encuestados consideraban que la sanidad pública no les daba suficiente cobertura para sus necesidades, teniendo que recurrir a la sanidad privada.

1.8. Los efectos devastadores de la pandemia sobre la AP

La pandemia agudizó los problemas de la AP, generando grandes dificultades de acceso: cierre de consultorios periféricos y consultas, merma sustancial de la actividad ordinaria, una atención mayoritariamente no presencial, con un porcentaje importante de la plantilla de la AP infectada en la primera oleada de la pandemia. Problemas a los que hay que sumar el no haber podido desempeñar adecuadamente la función de vigilancia epidemiológica que hubiera sido necesaria (testar, rastrear y aislar). Las secuelas de la pandemia para la AP se pueden resumir en:

- 1). La AP estuvo subordinada a la hospitalaria en un rol claramente subalterno, ahondando en el hospitalocentrismo hasta el punto de que en algunas ocasiones se ha indicado que los pacientes deberían acudir directamente a los hospitales en caso de duda sobre la gravedad de sus problemas.
- 2). Como ya se ha señalado en el apartado anterior, se han levantado barreras en el acceso (listas de espera) y para las personas mayores los medios telemáticos suponen una barrera adicional... Ha sido una indignidad el acumulo de personas a las puertas de los Centros de Salud como hemos visto durante la pandemia.
- 3). Se han deteriorado valores fundamentales. La AP ya vivía un retroceso en la longitudinalidad y continuidad asistencial. Ahora le ha tocado el turno a la accesibilidad, favorecido por las situaciones de estrés (riesgo de contagio, bajas sin sustituciones), lo que ha incrementado el malestar y el deterioro. Por otra parte, ha desaparecido lo poco que quedaba de atención comunitaria, en realidad porque la consulta, antes de la pandemia, se dedicaba al tratamiento de la enfermedad y el cribaje de pacientes para las especialidades hospitalarias (el 97% de la actividad de AP).

Es indudable que las dificultades de acceso están favoreciendo la privatización e incrementado las desigualdades de salud. Los problemas en el acceso (en algunos Centros más de diez llamadas telefónicas sin respuesta) promueven el recurso a las urgencias hospitalarias y a la medicina privada: los seguros privados han crecido un 4,4% en este periodo (500.000 nuevas pólizas), el porcentaje más alto desde que existen este tipo de seguros, con una facturación que superior a los 9 mil millones de euros anuales. Actualmente más del 25% de la población tiene seguros privados, de los que el 36% son para la atención ambulatoria.

En paralelo, estamos ante el riesgo de perder apoyo social si continúan las tensiones entre la población y la AP. De igual forma, existe el peligro real de que la AP puede perder el gran prestigio social del que ha gozado hasta ahora.

2. A VUELTAS CON EL MODELO ¿CÓMO SE ENTIENDE Y CÓMO SE PRÁCTICA LA PRIMARIA?: PROBLEMAS Y SOLUCIONES

Recuperar los Centros de Salud no es volver a la situación anterior a la pandemia, con consultas masificadas en muchos casos con más de 50 pacientes diarios y un promedio inferior a 5 minutos por consulta, incompatibles con la calidad de la atención sanitaria. Cambiar la AP no sólo es mejorar la financiación y terminar con la precariedad laboral, que son realidades incontestables; sino que hay también importantes problemas de adaptación a una realidad social cambiante que ha inducido un modelo consumista y medicalizador, en donde las actividades de promoción y prevención son marginales, sin que apenas se aborden los determinantes sociales de la salud. Revisar el modelo asistencial vigente y reequilibrar la relación entre la actividad asistencial sobre la enfermedad y la acción comunitaria sobre la salud, deben de tener, al menos, la misma prioridad que corregir el déficit de recursos.

2.1. Los medios económicos, humanos y organizativos que precisa la AP.

- **El presupuesto de la AP.** Incrementar la inversión es una prioridad, lamentablemente en Asturias, pese a que tenemos el gasto sanitario per cápita más alto del Estado, ha reducido la asignación a la AP en el presente ejercicio (2024) en 41,3€ de gasto per cápita, mientras que en el resto de las CCAA se ha producido un débil incremento en el sector. El objetivo razonable es mejorar la asignación a la AP para alcanzar el 25% del presupuesto sanitario público. La financiación ha de ser finalista para garantizar que la inversión presupuestada se destine realmente a la AP. Hay que ser conscientes de que las carencias de personal de enfermería y administrativo acaba suponiendo una sobrecarga de actividad para el conjunto de trabajadores y también para los profesionales de medicina, generando problemas de saturación de consultas, poco tiempo de atención efectiva, demoras en las citas, etc.

- **Gestionar adecuadamente las plantillas.** Hay una gran presión sobre los profesionales de la AP que se ha incrementado desde la crisis de 2008 y que en buena medida obedece a una precariedad laboral crónica (según una encuesta de la Organización Médica Colegial realizada antes de la pandemia y publicada en 2020, la tasa de temporalidad existente en el sistema sanitario público español afecta a más del 36% del personal médico) y no hay una adecuada cobertura de sustituciones.

Las ratios de profesionales (medicina, pediatría, enfermería y personal administrativo) en Asturias se han mantenido estables y deben mejorar. Sobre todo, en enfermería en donde con una ratio 1 / 1.467, estamos por debajo de la media autonómica. En medicina al 38,05% de los profesionales les corresponden más de 1.500 cartillas (indicador de sobrecarga). También es muy deficitario el personal administrativo (que debería reconvertirse en personal sanitario). Los profesionales de medicina y enfermería han de tener un máximo de 1.250 TSI; 800 en pediatría; y 1.700 en el caso del personal administrativo, aunque lo lógico sería establecer límites de acuerdo con el perfil de la

población: edad, morbilidad, dispersión. Es preciso avanzar hacia una relación de profesional de enfermería/ medicina de 1,5: 1; convocar todas las plazas de formación MIR y EIR necesarias (medicina de familia y enfermería comunitaria); y terminar con la competencia desleal en la captación de los profesionales entre los sistemas sanitarios autonómicos, con salarios e incentivos homogéneos en todo el estado.

Una cuestión simbólica, no como una reivindicación sino como una aspiración, es la opción de que los profesionales de la AP vivan en la misma zona geográfica en la viven sus pacientes: “el profesional incrustado”.

- **Implantar la enfermería de familia.** La asignación de nuevas funciones y capacidad de resolución a los profesionales de enfermería es una demanda básica que implica, de una parte, ampliar sus funciones en la atención de agudos y no sólo en la programada, como ahora ocurre. Y, en segundo lugar y fundamentalmente, la implementación de la enfermería comunitaria, que deberá permitir que profesionales bien formados y motivados, faciliten un cambio en el modelo de atención del conjunto de la AP. Para la OMS, la práctica de enfermería en el ámbito de la comunidad no se centra exclusivamente en el cuidado individual, sino que aborda una atención integral de la salud, en estrecha relación con los miembros de la comunidad para identificar sus necesidades de salud y desarrollar planes y programas adecuados en función de esas necesidades. La enfermería comunitaria se basa en la idea de que la salud de una comunidad es un reflejo de sus determinantes sociales, económicos y ambientales.

En esa medida, la enfermería comunitaria no solo se centra en el cuidado de la salud física de las personas, sino que también abordan factores como la educación, el empleo, la vivienda y el acceso a servicios de salud. Dentro de sus funciones se incluyen actividades como la educación para la salud, la promoción de estilos de vida saludables, la prevención y control de enfermedades, el apoyo a grupos de riesgo y la coordinación de servicios de salud en la comunidad. Además, la enfermería comunitaria se caracteriza por su enfoque en el trabajo en equipo y la colaboración con otros profesionales de la salud y organizaciones comunitarias. Los enfermeros comunitarios son parte de un equipo multidisciplinario que trabaja en conjunto para mejorar la salud de la comunidad.

- **Viejos y nuevos perfiles profesionales.** Hay la necesidad de consolidar el trabajo social en cada Centro de Salud, la cobertura de las matronas y de la asistencia odontológica (una plaza por zona básica), con criterios homogéneos de dotación y plazos temporales para su implantación. La fisioterapia de las patologías musculoesqueléticas supone entre el 30-40% da carga asistencial de las consultas médicas y ocupa el 3º lugar en demanda (obligando a recurrir al sector privado). La OMS marca 1 fisioterapeuta por 10.000 habitantes, por lo que habría que crear 2326 nuevas plazas en el conjunto del Estado para que todos los centros de Salud dispongan de una (en la actualidad hay 722).

Hay un déficit muy evidente en Psicología Clínica, hay que tener presente que 1 de cada 3 consultas en AP están relacionadas trastornos de naturaleza psicológica. Si bien se puede

discutir si la ubicación más adecuada de estos profesionales puede ser en las Unidades de Salud Mental o en los Centros de Salud. Lo que nos lleva a la discusión sobre la pertinencia de incorporar a nuevas profesiones en los Centros de Salud (gestores de casos, nutricionistas, farmacólogos, psicólogos...). Un debate abierto, aunque no se puede olvidar que el “generalismo” es una condición consustancial con la AP, una visión de conjunto basada en la polivalencia y la adecuada gestión de la incertidumbre. La incorporación de profesionales de la Psicología puede ser una opción y no sólo para trabajar con pacientes, sino también para entrenar a los profesionales sanitarios en las habilidades y técnicas de abordaje psicológico de los pacientes, en una atención “centrada en el paciente”. Y no en una relación jerárquica determinada por la oferta sanitaria. La función de los profesionales de la salud es ayudar a sus pacientes (centrarse en sus necesidades) en todas las fases del proceso: promoción de la salud, prevención, cura o alivio, recuperación y acompañamiento al final de la vida. Precisa habilidades relacionales e incorporar al paciente en el proceso.

- **Una organización sustentada en el consenso: Mejoras organizativas y funcionales.** La implicación y participación de los profesionales y la autonomía de gestión son dos grandes asignaturas pendientes. En una actividad como la sanitaria, fundamentada en el conocimiento, se produce la paradoja de que la autonomía que tiene el profesional en la consulta y el bolígrafo -con gran repercusión sobre el gasto- no tiene correspondencia con la capacidad de intervención sobre la organización y las decisiones estratégicas, lo que convierte al profesional en alguien ajeno y distante, que justifica el “yo a lo mío”. El consenso e incentivar el trabajo “bien hecho” tienen que ser los instrumentos del cambio.

- Por otra parte, los Equipos deben tener mayor autonomía y responsabilidad en la gestión (autonomía de Gestión): personal, permisos, horarios, docencia, investigación. La rigidez actual es perversa, todo lo decide la gerencia, con los coordinadores como capataces de lo cotidiano. La gestión requiere un perfil basado en el mérito y el consenso de los trabajadores del centro.

-Por último, recuperar el trabajo en equipo (grupo de personas que trabaja con un objetivo común, de forma coordinada y cooperativa): Se debe romper la visión del médico como vértice de la pirámide, que determina todas las pautas de actuación. Tampoco es válida la visión de compartimentos estancos, donde cada uno realiza una serie de actividades independientes y a veces exclusivas, nada es propio o exclusivo, todo está interrelacionado.

- Los medios técnicos a los que tiene acceso desde AP son limitados y muy diferentes según las CCAA, lo que reduce de forma significativa la capacidad de resolución de la AP y plantea la necesidad de ampliar y homogeneizar el acceso a técnicas diagnósticas y terapéuticas.

- **Una organización con valores. Profesionalidad, probidad e independencia:** Estos objetivos requieren, al menos, abordar las siguientes cuestiones:

- La formación continuada tiene que depender del sector público. A tal efecto, se constituirá un Fondo de formación que dependa de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias, dotado con recursos propios e impuestos finalistas procedentes de la industria, con un reglamento de funcionamiento de buen gobierno y transparencia acordado, supervisado y sometido a auditoría.
- La declaración pública e individualizada de las transferencias de valor para reuniones científicas y cursos profesionales; prestación de servicios e investigación, las fuentes de financiación, pagos a ponentes y detalle de gastos. Incluye a las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes y usuarios de la Sanidad.
- Prohibir/ intervenir sobre la actividad comercial en los centros sanitarios y educativos, incluida la “visita médica”, al menos en horario laboral, y la aceptación de regalos o prebendas de acuerdo con lo establecido por la legislación vigente. No se contabilizarán como mérito profesional (no estarán acreditadas) aquellas actividades que hayan sido patrocinadas o financiadas por la Industria, es decir, el denominado “currículo oculto”.
- Planes de investigación que incorporen premios e incentivos para aquellos estudios que se dirijan hacia los problemas prioritarios de la salud de la población, en un marco que impulse la investigación Open Access y Open Data. Se requiere establecer, así mismo, condicionalidades que garanticen el retorno de las inversiones públicas que se realicen en este ámbito.

2.2. Cómo enfocar el trabajo desde la Consulta y el Centro de Salud

- **Asegurar la accesibilidad.** Es el objetivo prioritario. Aunque en Asturias tenemos los mejores números del Estado en el acceso a los Centros de Salud, para nada son satisfactorios (aquello de que en el reino de los ciegos el tuerto es rey) , 4,88 días de demora promedio es un mal dato y menos aún que el 27,4% de la ciudadanía tenga que esperar más de 1 semana. Garantizar la accesibilidad porque es esencial en la AP y se ha de asegurar que lo urgente se atienda en menos de 24 horas, y lo no urgente en menos de 48. es decir, más del 95% de la demanda se tiene que atender en este plazo porque es un compromiso ineludible de la AP, porque, además, tiene efectos colaterales: no disponer de cita con su médico habitual es la causa principal para acudir a las urgencias hospitalarias y a de la medicina privada.
- **Garantizar la continuidad y la longitudinalidad.** Junto a la accesibilidad son las características básicas de la AP, con un gran impacto positivo sobre la salud. Los profesionales de cabecera ofrecen “continuidad” -el seguimiento de problemas concretos de salud uno a uno- y “longitudinalidad” -la atención a la persona y sus problemas de salud a lo largo de la vida-. La longitudinalidad consiste en generar un vínculo del profesional con los pacientes, familias y comunidades, e implica relación personal. La longitudinalidad se ve amenazada por una cultura de inmediatez que desconsidera los vínculos a largo plazo,

por la fascinación tecnológica y del “especialista” y por la precariedad laboral de la AP, que la hace materialmente imposible.

La condición necesaria para facilitar la longitunalidad es erradicar la precariedad laboral, pero también mantener el monopolio del primer contacto con el apoyo de un compañero “espejo” (formando una “pareja” para cubrir entre sí las ausencias cortas), eliminando las consultas “monográficas” de médicos y enfermeras de cabecera (deshabitación tabáquica, cirugía menor, diabetes, epilepsia, curas, extracciones, etc.), rechazando el “trabajo a turnos”, incentivando la permanencia en el mismo puesto y lugar de trabajo, o promoviendo la formación y la investigación sobre la longitudinalidad (sus beneficios, su impacto en la equidad y en la reducción de eventos adversos).

- **Especialistas en personas.** De acuerdo con McWhinney, el conocimiento en la consulta de AP tiene que ser relacional e individualizado y no se puede sustituir por categorías diagnósticas, protocolos estandarizados, guías clínicas o verdades estadísticas. Las enfermedades no están separadas de las personas que las padecen” y los profesionales en AP trabajan con enfermos y no con enfermedades, que no separan las dolencias y malestares (“illness”) de las enfermedades (“diseases”)

Todo proceso de enfermar requiere una respuesta en tres planos: biológico, psicológico y social, con interacciones potenciales entre ellas, en un modelo que es indicativo y no-prescriptivo. Una realidad que, ya nadie cuestiona, pero con una pobre expresión en la práctica clínica. Superar el dualismo (que separa lo físico de lo psicológico). Hay que escuchar, apoyar, tranquilizar..., la escucha empática y humana es compatible con la escucha semiológica.

El paciente ha de ser considerado como a una persona que sufre con una historia única e irrepetible, y en un contexto familiar y social particular, no sólo como portador de una enfermedad. Las políticas sanitarias, la industria y los profesionales han banalizado la enfermedad, sustrayendo al ciudadano el control y la toma decisiones sobre su propia salud. Se ha convertido al paciente en un inútil, incapaz de decidir sobre su propia salud que debe ser vigilada y tutorizada por un sistema paternalista, que decide y marca las pautas de actuación.

La salud no es la ausencia de conflictos, sino la capacidad de poder afrontarlos y resolverlos, con una tendencia constante y dinámica a mantenerse en homeostasis, frente a los normales desequilibrios que se suceden. Y la enfermedad, al igual que la salud, es multifactorial (la interacción de persona-familia-comunidad, espacio-tiempo, entornos culturales-naturales, genómica, etc.) Múltiples determinantes en red que pueden ser aislados tan sólo con fines explicativos, pero que en la realidad no pueden separarse.

- **El uso razonado y prudente de los medicamentos** es otro de los grandes retos ante la progresión exponencial de la medicalización, como ya se ha señalado. Estamos a la cabeza del mundo en prescripción de antibióticos, de ansiolíticos, opioides y estatinas. En su conjunto, un gasto innecesario generador de iatrogenia y adicciones Es necesario

desarrollar programas de evaluación, uso razonado y prudente del medicamento y desprescripción, y potenciar el rol de la farmacia comunitaria. Hay que poner en valor las estrategias de “no hacer” y la prevención cuaternaria. La atracción irresistible por las tecnologías duras, como dice Juan Simó, se suele acompañar por el desprecio de las tecnologías blandas típicas de la AP, las que no están mediadas por aparatos, como la tecnología ELMO (estudiar, leer, mirar y observar/escuchar).

2.3. Más allá de las puertas del Centro de Salud

El objetivo es vincular el Centro de Salud con la comunidad y promover el trabajo centrado en objetivos y estrategias poblacionales, teniendo más presente la salud pública.

- **Atención a domicilio.** Trasladar los recursos sanitarios a la casa del paciente es una característica de la AP, no sólo en pacientes reclusos en su domicilio o en cuidados paliativos. No hay AP si no hay domicilios realizados por los profesionales de cabecera. Es indudable que esta modalidad de atención demanda más recursos, pero su necesidad es muy evidente: Refuerza la equidad al permitir a sus usuarios mantener la accesibilidad y continuar viviendo en su hogar y entorno familiar, incluye a una gran heterogeneidad de pacientes, en aumento por el envejecimiento y la mayor fragilidad poblacional, lo que no tiene correspondencia con el 0,4% del total de las consultas que tenemos en Asturias.

Hay que decir que, en muchas ocasiones, este escenario de atención se reserva para aquellos casos en los que hay problemas de movilidad o de desplazamiento y no debería ser así. La atención domiciliaria debería utilizarse más, dado que posibilita el acceso a mucha más información de la vida de las personas y permite, asimismo, un abordaje holístico del paciente. Por ejemplo, abre la puerta a la actuación sobre las familias. En el cuidado del paciente no hay que olvidar que forma parte de un grupo social: la familia. El giro comunitario de la AP debería comenzar por la atención familiar, mediante la atención en el domicilio.

- **Apostar por la Salud Comunitaria.** Reequilibrar la orientación de la AP para promover estrategias comunitarias integrales de protección y promoción de salud. La acción comunitaria no se ha visto desplazada exclusivamente por la dedicación a la atención aguda; sino porque utiliza metodologías presenciales y, en muchas ocasiones, grupales, con vínculos enraizados y estables (en el tiempo), que han quedado marginadas por una práctica episódica y reactiva.

El desarrollo “comunitario” de la AP no puede ser, otra vez, un conjunto de buenos deseos carentes de contenido real. La estrategia se tiene que promover a través de la intersectorialidad, la territorialidad y la participación de la ciudadanía. Requiere, en primer término, requiere unos servicios sanitarios que trabajen en común con los servicios sociales y sociosanitarios, desde la premisa de que el 80% de la atención en AP corresponde a procesos crónicos frecuentemente demandantes de apoyos sociales. Pero no sólo estos

servicios, sino que hay que contemplar la coordinación con otras prestaciones comunitarias (salud mental, trabajo social, vivienda, educación, menores, ayuda a domicilio, ayuda a las familias, empleo, dependencia y otros programas y servicios comunitarios).

Son necesarios planes específicos de cooperación y estructuras estables que los soporten, lo que requiere generar redes de conexión que incorporen a los ayuntamientos, conformando un modelo de atención integral, basado en la salud y no en la enfermedad, con la finalidad de mejorar la salud de su población y no sólo organizar la atención a los pacientes.

Cada Centro de Salud debe elaborar un plan de salud comunitario, que incorpore la participación efectiva de la comunidad, con el compromiso de su revisión periódica. El éxito de su actividad se medirá en términos de ausencia de enfermedad y no en niveles de curación (ver el documento “Una apuesta por la Salud Comunitaria” de la ADSPA, 2024), una estrategia basada en la intersectorialidad, la territorialidad y la participación comunitaria.

- La participación de la Comunidad. Tenemos que trabajar por vías que permitan la participación real de la ciudadanía, diferentes a las de los fracasado Consejos de Salud.

En la organización del sistema sanitario, abogamos por juntas de gobierno (consejos de administración) tripartitas (la administración, los trabajadores sanitarios y los usuarios)

La participación sobre el control de la salud propia y comunitaria requiere otro espacio y la interacción con otros actores. Un modelo de participación de composición abierta, con reglamentos y competencias bien definidas, en interrelación con la administración local, los servicios comunitarios y las entidades sociales... La protección y la promoción de la salud es la actividad fundamental de estos consejos, con una función reivindicativa y de abogacía sobre las desigualdades y los problemas medioambientales, socioeconómicos, alimentarios, de consumo y otros que incidan en la salud. Con capacidad, así mismo, para identificar los problemas y necesidades sanitarias de equidad y calidad.

La participación, además, para ser efectiva e implicar realmente a la ciudadanía, tiene que incluir fórmulas de democracia deliberativa, como las consultas populares, los jurados de ciudadanía o las auditorías públicas.

- Retos de la prevención en la AP: La declaración de Shangai (OMS, 2016). La prevención en salud es social, en base a estrategias políticas públicas multisectoriales sobre los determinantes de la salud: “la situación en la que la población: crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistema que se utiliza para combatir la enfermedad” (OMS, 2008). Sin embargo, esta concepción de la prevención no está completamente asumida por los profesionales sanitarios por lo que es necesario un debate profesional y social al respecto

Así, por ejemplo, en la práctica de AP, la prevención cardiovascular sigue siendo fundamentalmente farmacológica, con una definición ampliada de la enfermedad en la hipertensión o la diabetes. No se promueve la prevención primaria del cáncer, sin reconocer las causas socioeconómicas y ambientales que están detrás de muchos tumores.

En las enfermedades infecciosas no se admiten dudas sobre las vacunas. En salud mental no se alude a los factores sociales o al abuso de psicofármacos... En este mismo sentido, no hay suficiente énfasis sobre la prevención cuaternaria, prioritariamente no hacer daño por una medicalización excesiva, con sobrediagnósticos y sobretratamientos.

Se sigue hablando de estilos de vida y no condiciones de vida, con la equivocada idea de que los comportamientos son decisiones racionales individuales, descontextualizadas de las condiciones socioeconómicas y los determinantes comerciales.

En el barómetro sanitario de 2018 ante la pregunta: “¿Con qué frecuencia su médico/a de cabecera o el/la profesional de enfermería le da consejos sobre alimentación y hábitos de vida saludables (tabaco, ejercicio, consumo de alcohol, etc.)?” Aunque es del año 2018, la respuesta es muy expresiva de la baja tendencia a promover actividades de prevención y promoción en las consultas de AP, dominadas por la presión asistencial:

Actividades Preventivas	Siempre	Habitualmente
Asturias	23,4	22
Total	15,8	27,6

- **La coordinación de la AP dentro del sistema sanitario.** Uno de los recursos imprescindibles en la estrategia comunitaria es el apoyo de los servicios de salud pública. Dada la actual debilidad de la salud pública, reforzar estos servicios con medios económicos y humanos es un requisito necesario.

Con respecto a la relación de los Centros de Salud con el Hospital, de acuerdo con Barbara Starfield, los especialistas del hospital no deberán abandonar nunca su papel de consultores, por tanto, serán los equipos de AP los que se harán cargo de la gestión de los pacientes en el conjunto del sistema, Una responsabilidad que implica la toma de decisiones, que ha de ser compartida con el paciente.

Asimismo, entre las obligaciones de los servicios hospitalarios, se incluirá el acudir periódicamente a los Centros de salud para revisar casos clínicos, protocolos, etc. Una medida simple, pero que será de gran eficacia... Se potenciará el desarrollo de las consultas virtuales y de imágenes.

También La AP tiene que contraer obligaciones como el establecimiento de la “hospitalización evitable, un buen un indicador de la efectividad de la AP a este respecto.

Finalmente, las consultas telefónicas, electrónicas por correo o WhatsApp entre pacientes y profesionales sanitarios y entre los propios profesionales sanitarios entre sí, son formas de comunicación muy operativas que se utilizan profusamente en otros sistemas. La medicina no presencial ayuda a reducir la demanda e incluso activa a los pacientes a ser más responsables; pero siempre y cuando no sustituya la relación personal y directa (presencial)

que es la base de la consulta de AP. Se pueden controlar numerosas enfermedades a distancia en conexión con la AP. La enfermería comunitaria tiene que ser parte de este desarrollo.

3. Resumen, a modo de conclusión

Una reforma como la que necesita la AP requiere consenso en los principios de actuación: universalidad, equidad, desconcentración, territorialización, contextualización, democratización de equipos, participación de la comunidad, cuya aportación y movilización es decisiva en el diagnóstico, intervención y soluciones, y proactividad hacia los grupos vulnerables. Precisa, además, voluntad y arrojo político y un nuevo marco relacional que permita reconducir la deriva de medicalización y consumismo.

El objetivo es una AP que: (1) empodere a las personas y las comunidades para que se sientan dueñas de su salud, y defiendan las políticas que la protejan y la promuevan. (2) aborde los determinantes sociales, económicos, ambientales y comerciales de la salud por medio de acciones y políticas que estén basadas en la evidencia y abarquen a todos los sectores; y (3) asegure un sistema de salud pública y una AP fuertes a lo largo de la vida de las personas, como elementos centrales de la prestación de servicios integrados. Al menos 80% de las necesidades de salud pueden atenderse mediante esta visión de la AP; pero la sociedad no se mueve automáticamente hacia la salud y la equidad en salud y para alcanzar estas metas, debemos tomar medidas expresamente encaminadas a reforzar los tres componentes de la AP de salud.

Anexo: La AP y la declaración de Alma Ata

La Conferencia internacional de AP de salud, reunida en Alma-Ata (Kazajstán) el día 12 de septiembre de 1978, con la participación de 193 gobiernos, establecía lo siguiente:

VI. La AP de salud es atención sanitaria esencial... Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada.

VII. La AP sanitaria:

(1) Refleja las condiciones económicas y socioculturales, así como las características políticas del país y de sus comunidades, desarrollándose a partir de ellas, y está basada en la aplicación de los resultados apropiados de la investigación social, biomédica y de servicios sanitarios, así como en la experiencia sobre salud pública.

(2) Se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad, y para ello, proporciona y promueve servicios preventivos, curativos y rehabilitadores.

(3) Incluye como mínimo: educación sobre los problemas sanitarios más prevalentes y los métodos para prevenirlos y controlarlos; promoción sobre el suministro de alimentación y de correcta nutrición; adecuado suministro de agua potable y saneamiento básico; asistencia maternal e

infantil, incluyendo la planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las enfermedades endémicas locales; apropiando tratamiento de las enfermedades comunes y los traumatismos, y provisión de los medicamentos esenciales.

(4) Implica, además del sector sanitario, a todos los sectores relacionados y a diferentes aspectos del desarrollo nacional y comunitario, en particular, la agricultura, los animales de labranza, la industria alimentaria, la educación, la vivienda, los servicios públicos, las comunicaciones y otros sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos estos sectores.

(5) Requiere y promueve un autodesarrollo comunitario e individual al máximo posible, con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la AP sanitaria, haciendo un uso más completo de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles; y para finalizar, desarrolla, a través de una formación apropiada, la habilidad de las comunidades para participar.

(6) Debería mantenerse por sistemas de interconsulta integrados, funcionales y mutuamente apoyados, con vistas a una mejora progresiva e integrada de la atención sanitaria para todos, y dando prioridad a los más necesitados.

(7) Se desarrolla a niveles locales y a niveles de apoyo, mediante los profesionales sanitarios, incluyendo a los médicos, enfermeras, comadronas, auxiliares y asistentes sociales, en lo que corresponda, así como los tradicionales y necesarios médicos de cabecera, correctamente formados social y técnicamente para ejercer como un equipo sanitario a fin de responder a las necesidades sanitarias expresadas por la comunidad.

Referencias

- Federación de asociaciones para la defensa de la sanidad pública, VI Informe 2023. Disponible en <http://www.fadsp.org/>
- Juan Simó: Características de la AP. Glosario básico. Disponible en: <https://saludineriap.blogspot.com/2024/03/caracteristicas-de-la-atencion-primaria.html>
- Indicadores sobre gasto farmacéutico y sanitario 2023. Disponible en: Indicadores sobre Gasto Farmacéutico y Sanitario, Ministerio de Hacienda y Función Pública
- Ministerio de Sanidad. Portal Estadístico. 2023, Sistema de Información de AP, (SIAP). Disponible en: Ministerio de Sanidad - Portal Estadístico del SNS - Actividad desarrollada
- Secretaria general de salud digital, Indicadores clave: sistema nacional de salud, 2023, disponible en: Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud (sanidad.gob.es) Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
- FADSP: La crisis de la AP y propuestas estratégicas para afrontarla. Salud 2000, 2019; 155: 13-14

- Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Inclasns.msssi.es. Disponible en:
<http://inclasns.msssi.es/main.html>
- European Observatory on Health Systems Policies. Health, health systems and economic crisis in Europe. Impact and policy implications, World Health Organization, (2013)
- Van Doorslaer E, García-Gómez P. Health inequality and the economic crisis: what do we know? XXXIII Jornadas AES. Santander. Conferencia de clausura. Disponible en:
<http://www.aes.es/Jornadas2013/pdf/plenari/SP-D21.pdf>
- D.C. Dávila Quintana, B. González López-Valcárcel Crisis económica y salud. Gac Sanit, 23 (2009), pp. 261-265
- Palomo Cobos L (coordinador): Expectativas y realidades en la Atención. Primaria española. Fundación 1 de Mayo y Ediciones GPS. Madrid 2010
- Palomo Cobos L, Sánchez Bayle M: La AP española: Situación actual y perspectivas cuarenta años después de Alma-Ata. Laboratorio Alternativas nº 196/2018 (12-04-18) Disponible en:
<https://www.fundacionalternativas.org/laboratorio/documentos/documentosde-trabajo/la-atencion-primaria-espanola-situacion-actual-y-perspectivas-cuarenta-anos-despues-de-alma-ata>
- Pozo Robles A: La AP de Astaná, o revisando Alma Atá. Salud 2000 ; 2018; 154: 23-25
- Sistema Nacional de Salud. 2019 (citado el 20 de febrero de 2019). Disponible en:
<https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/home.htm> — Starfield B. Is Primary Care Essential? Lancet. 1994; 344:1129–33.
- Starfield B. AP: equilibrio entre necesidades servicios y tecnología. Barcelona: Masson, S.A.; Fundació Jordi Gol i Gurina; Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria; 2001.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Quarterly. 2005; 83(3):457–502
- McWhinney I.R.: Core values in a changing world. BMJ., 316 (1998), pp. 1807-1809
- McWhinney I.R.: Family medicine in perspective. N Engl J Med, 293 (1975), pp. 176-181
- WHO: Declaration of Astana 2018. Disponible en:
<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>

15 de marzo de 2024

ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (ADSPA)

PLATAFORMA POR LA SALUD Y LA SANIDAD PÚBLICA DE ASTURIAS (PxSSPA)