

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública*

Evaluación del desarrollo de Planes de Mejora de Atención Primaria en las comunidades autónomas

En el Proyecto AP-21 de Estrategias para la Atención Primaria (AP) en el siglo XXI han participado numerosos expertos propuestos por sociedades científicas, comunidades autónomas, por el propio Ministerio y por asociaciones de pacientes. Este proyecto tiene por finalidad desarrollar un conjunto de estrategias destinadas a orientar las actuaciones de los servicios de salud para mejorar la Atención Primaria.

Estas propuestas conforman el Marco Estratégico que aborda los principales problemas de la AP a desarrollar en el periodo 2007-2012. Sin embargo, el desarrollo de estas estrategias no está siendo homogéneo en las diferentes CCAA, ni en la forma ni en los contenidos, lo que supone un desarrollo desigual de los acuerdos, lo que, a su vez, puede conducir a un incremento de la desigualdad en la Atención Primaria.

En este trabajo se pretende conocer el modelo, metodología y nivel de participación e implicación de los colectivos profesionales y sociales en el desarrollo de este Marco Estratégico en cada CA, identificar los acuerdos y compromisos alcanzados para desarrollar las 11 líneas estratégicas en los diferentes servicios y realizar recomendaciones para garantizar la equidad.

Material y métodos

Por cada CA se ha realizado una revisión de los documentos y acuerdos oficiales y de los presupuestos y medidas legislativas para identificar:

1. Metodología y nivel de consenso alcanzado entre cada servicio autonómico de salud y las organizaciones profesionales y sindicales.

2. Dimensiones y compromisos de los acuerdos.

3. Propuestas de cambios organizativos y estructurales para garantizar y potenciar el papel coordinador de la AP, como las propuestas de mejora de la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios, los planes de recursos y de acceso a las tecnologías por los profesionales de AP (eliminar restricciones y desarrollar instrumentos para garantizar la racionalidad en la utilización), planes de equipamiento informático y de mejora en las estructuras administrativas de apoyo, propuestas para garantizar en la ciudadanía el desarrollo de la autorresponsabilidad social y la lucha contra la medicalización y el consumismo sanitario en AP, medidas para optimizar las carteras de servicios, medidas para potenciar la promoción y la prevención y medidas para mejorar la calidad (equipamiento, acceso a tecnologías, investigación y docencia).

4. Valorar y comparar dichos planes.

En general se detectan pocos fenómenos de privatización directa de la Atención Primaria, con excepción de Cataluña y Valencia

Además de recoger la información, se ha elaborado una encuesta dirigida a profesionales significativos de cada CA, para valorar los acuerdos realizados y su grado de cumplimiento en Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Cataluña, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia y Navarra.

Resultados

La encuesta se refiere a datos de 15 CCAA. No se consiguió información de Euskadi y La Rioja. Se han constatado específicos para la Mejora de la Atención Primaria (AP) en 11 CCAA, en otras 3 hay planes parciales y no existen en una.

Los resultados se han separado en cuatro bloques:

1) Participación e implicación profesional en los planes. A su vez se han considerado dos variables:

- Participación de los sindicatos representativos en su negociación, que se ha producido en 6 CCAA y en 4 más han participado algunos de los sindicatos del sector y en 5 no lo han hecho.
- Participación de las organizaciones profesionales, que se ha producido en 9 casos y en 6 de ellos la participación ha sido de todas las organizaciones profesionales, mientras que en 3 sólo lo han hecho algunas de ellas. En 5 CCAA han participado todos los sindicatos y organizaciones profesionales representativas de la AP.

2) Grado de compromiso y garantías de cumplimiento. En 11 CCAA se reflejaban los planes de mejora en un documento público, en otras 2 existían documentos parciales, y en 2 más no había documento oficial.

Este documento fue suscrito por la autoridad sanitaria de la CA (Consejería de Sanidad, etc.) en 10 casos y en otras 3 CCAA se recogían en documentos de menor rango (acuerdos, etc.).

En 11 CCAA existió un compromiso concreto en cuanto a la fecha de inicio de las propuestas recogidas en el documento suscrito, y en 10 había plazos concre-

* Manuel Martín García, médico EAP Seixo, Pontevedra; Luis Palomo Cobos, Unidad de Docencia e Investigación, Cáceres; M^a Dolores Martínez Ruiz, médica EAP Cádiz; M^a Luisa Fernández Ruiz, enfermera EAP, Madrid; Juan Antonio Sánchez, médico EAP, Murcia; Juan Antonio Salcedo Mata, médico EAP Madrid; Marciano Sánchez Bayle, Unidad Epidemiología, Hospital Niño Jesús. Madrid. Trabajo realizado con una subvención del ministerio de Sanidad y Consumo.

tos para el desarrollo de los planes de mejora. Sólo 4 CCAA establecían una comisión de seguimiento oficial del desarrollo del plan de mejora y en otras 4 existían compromisos menos concretos.

3) Contenidos y áreas de intervención de los planes. Entre los contenidos y áreas de intervención de los planes se han evaluado no sólo la presencia del objetivo sino también su grado real de cumplimiento, y se puede resumir en los siguientes apartados:

- Plantillas: Los planes prevén incrementos de plantillas en 7 CCAA señalando ratios de población por profesionales, otras 2 CCAA señalan la necesidad de aumentar las plantillas en AP sin establecer ratios. Estos incrementos contemplan personal exclusivamente médico en 11 casos y de todas las categorías en 6.
- Equipamientos: En 5 CCAA se contemplan y se están llevando a cabo aumentos de los equipamientos de los centros de salud. Otras 5 CCAA están realizando algunas mejoras en las dotaciones de los centros de salud.
- Facilidad para el acceso a pruebas diagnósticas: Se ha evidenciado una mejora en 4 CCAA de una manera significativa y en otras 10 de manera parcial.
- Desarrollo de protocolos para la atención sanitaria de enfermedades más prevalentes: Se desarrollan de manera generalizada en 4 CCAA y parcialmente en otras 7.
- Protocolos comunes entre atención especializada y primaria: En 3 CCAA se señala que se está produciendo un avance significativo, y en otras 7 avances parciales.
- Actuaciones concretas para disminuir la burocracia en la Atención Primaria: Desarrollo significativo en 7 CCAA y parcial en otras 5.
- Implantación de la receta electrónica: avanzada en 4 CCAA y en otras 9 iniciándose.
- Informatización de las consultas: Se ha constatado su implantación generalizada en 12 CCAA y en otras 3 parcialmente.
- Comunicación con los hospitales de referencia: Dos CCAA señalan avances significativos y otras 12 sólo experiencias limitadas.
- Existencia de historias clínicas compartidas entre especializada y prima-

ria: Sólo se recoge en una comunidad autónoma, y en otras 11 se están realizando experiencias piloto o existen grupos de trabajo para su puesta en funcionamiento.

4) Participación ciudadana. La participación ciudadana, cuyo impulso está recogido en todas las CCAA en las diferentes leyes de ordenación sanitaria y/o acuerdos, tiene una realidad muy limitada en todas ellas. En 10 CCAA se señalan algunos intentos parciales y en otras 5 se refiere como inexistente.

5) Fenómenos de privatización de la AP. En general se detectan pocos fenómenos de privatización directa de la Atención Primaria, con excepción de Cataluña y Valencia, aunque existen iniciativas de autonomía de gestión, de contenidos y extensión muy irregulares en 9 CCAA.

Diversas publicaciones muestran que alrededor del 30% de las solicitudes realizadas por especialistas hospitalarios no se basan en ninguna evidencia

Ponderación por las variables analizadas. Se ha puntuado la presencia en el apartado de dotaciones asignando 2 puntos a los avances significativos, 1 a los parciales y 0 a la inexistencia de éstos. Con este sistema la puntuación obtenida ha sido entre 5 y 23 puntos (media de 13,73, desviación estándar 5,22). En la tabla 1 se recogen los resultados por CA.

Se ha comparado la realización de incrementos de plantilla con la presencia de Planes de Mejora, encontrándose una diferencia significativa en cuanto a la presencia de incrementos de plantillas en todas las CCAA en que se aprobaron los Planes de Mejora, e incluso en las que existen acuerdos parciales y sólo en el 33% de las que no tienen ningún tipo de acuerdo.

En cuanto a los establecimientos de ratios de personal, la mayor frecuencia de fijación de éstos ocurre en las CCAA con Planes de Mejora, así como la mejora en los equipamientos.

Discusión

1. Participación e implicación profesional en los planes:

Se ha valorado la participación en la elaboración de los Planes de Mejora de los profesionales a través de las organizaciones que los representan: sindicatos en los temas laborales y organizaciones profesionales en los temas profesionales y científicos. Aunque se puede discutir el bajo nivel de afiliación y su escasa representatividad, no dejan de ser los únicos instrumentos a través de los cuales éstos hacen llegar sus opiniones a Administraciones, trabajadores sanitarios y ciudadanos.

Es de sobra conocido que la participación profesional en la planificación sanitaria tiene indudables ventajas, ya que permite identificar e implicar al colectivo con las decisiones en cuya elaboración han contribuido activamente; garantiza la aceptación de los cambios, aspecto importante para vencer la tradicional resistencia al cambio de las organizaciones profesionales; permite conocer los problemas y necesidades de quienes trabajan directamente en los servicios; facilita la aplicación de las reformas, ya que las organizaciones implicadas pueden desempeñar un papel dinamizador e intermediario, y, por último, previene posibles conflictos al contar con el acuerdo previo de los sindicatos, que tienen un papel fundamental en la negociación de los temas laborales a través de su presencia en las mesas sectoriales.

Parece también importante que en los acuerdos se impliquen todos los sectores y categorías profesionales de los equipos de Atención Primaria (médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, administrativos y otros profesionales de apoyo), para tener en cuenta todos los intereses y evitar posibles controversias y dificultades en la aplicación de los planes.

Los resultados muestran que únicamente en el 33,3% de los Planes de Mejora han participado de manera conjunta sindicatos y organizaciones profesionales. Los sindicatos representativos han estado presentes en el 50% de los planes, algún sindicato en el 26,7% y ninguno en el 33,3%. En cuanto a las organizaciones profesionales han colaborado en el 60% de los acuerdos, en el 40% lo han hecho todas y solamente en el 20% alguna. Es decir, en el 40% de los planes no ha parti-

cupado ninguna de las organizaciones representativas de la AP. En casi todos los casos estas organizaciones se han circunscrito al sector médico y en pocos al colectivo de enfermería. Sólo en el Plan de Mejora de Galicia han participado todos los colectivos de AP. Podemos decir por tanto que, en términos generales, los acuerdos tienen un moderado respaldo profesional, con algo más de presencia sindical que profesional.

2. Compromiso y garantías de cumplimiento de los planes:

La garantía de que los planes de mejora van a ser llevados a la práctica es que sean respaldados públicamente por documentos oficiales que recojan de manera explícita los áreas, contenido, objetivos y actividades para mejorar la Atención Primaria en cada CA. Estos compromisos deberían estar suscritos por la máxima autoridad sanitaria (o por una autoridad delegada), e ir acompañados de una memoria económica y de los instrumentos legislativos necesarios para garantizar su puesta en práctica. Los compromisos sin acompañamiento presupuestario pueden ser simplemente un brindis al sol que no se traduzcan en nada real. En el 73% de las CCAA los planes se han reflejado en un documento público respaldado por la firma de la autoridad sanitaria correspondiente.

En el 6,7% de las CCAA la autoridad que respaldó el plan fue la presidencia autonómica; en el 60% fue la máxima autoridad sanitaria; en el 20% los documentos son acuerdos de rango menor que suscitan dudas sobre su capacidad para comprometer a las Administraciones que deben librar los recursos necesarios para desarrollarlos.

Una segunda condición para que los compromisos tengan suficientes garantías de cumplimiento es que los planes recojan la fecha de entrada en vigor y el período de tiempo previsto para su desarrollo. Los compromisos cuantificados temporalmente permiten comprobar en la práctica su aplicación. En el 73,3% de los planes queda reflejada la fecha de inicio de la aplicación del plan y en el 66,7% contemplan además el plazo para su ejecución. Esto supone que en la cuarta parte de los mismos no existe ningún compromiso que garantice su aplicación.

Otro elemento fundamental para poder controlar el desarrollo de las medidas es que se contemplen comisiones para el se-

guimiento de las mismas, en las que participen representantes de las organizaciones profesionales y sindicales. Solamente en el 26,7% de los planes están contempladas dichas comisiones, lo que despierta serias dudas sobre su completa puesta en práctica. También en este capítulo existen dudas razonables, con algunas excepciones, sobre la capacidad de controlar el desarrollo de los compromisos por los profesionales y ciudadanos y sobre la voluntad real de aplicarlos por las Administraciones autonómicas responsables.

3. Contenido de los Planes de Mejora de la AP y áreas de intervención:

Es esencial que los planes contemplen, con el mayor nivel de concreción y detalle posible, los contenidos y áreas de intervención como forma de garantizar su racionalidad y pertinencia (deberían estar basados en un diagnóstico previo de deficiencias, problemas y necesidades) y para permitir el seguimiento, control y evolución de los mismos.

Los principales problemas que afectan a la Atención Primaria tienen que ver con la falta de tiempo para atender a los pacientes, la escasa capacidad resolutoria, la calidad de la asistencia y la derivación innecesaria de pacientes a los hospitales.

Para evaluar este apartado se han utilizado diez apartados esenciales para la AP: plantillas, equipamiento, acceso a recursos diagnósticos, protocolos para problemas de salud más prevalentes, disminución de la burocracia, recetas electrónicas, informatización de las consultas, comunicación AP-hospitales e historia clínica compartida.

Los déficit de profesionales sanitarios de AP explican, en gran parte, la masificación de los centros de salud y el escaso tiempo de consulta. En el 73,37% de las CCAA los planes contemplan incrementos en las plantillas, habiéndose definido ratios de personal por habitante en el 46,7% de los casos. Solamente el 40% de los planes contemplan incrementos de todas las categorías profesionales, algo necesario si se quiere mejorar la carga de trabajo burocrático de los médicos y ampliar la oferta de servicios.

La baja capacidad resolutoria de la AP y la derivación innecesaria a especialistas del nivel hospitalario tienen mucho que ver con el deficiente equipamiento de los centros de AP y con las limitaciones en el acceso a las pruebas diagnósti-

cas. Sólo en el 33,3% de las CCAA los Planes de Mejora contemplan incrementos en el equipamiento de los centros y en otro 33,3% las CCAA han realizado alguna mejora en este sentido. En cuanto a la eliminación de las trabas a la solicitud de pruebas diagnósticas para los médicos de AP, un 26,7% de los planes contempla su supresión completa y un 46,7% lo hace de manera parcial. Es decir, en un 26% de las CCAA no contempla la supresión de unas absurdas limitaciones que impiden cerrar los procesos diagnósticos en los centros de AP y obligan a remitir innecesariamente pacientes a los hospitales, con el consiguiente trastorno para los pacientes, presión para los hospitales o tiempos de espera irracionales. Estas cifras dibujan una situación preocupante.

La eliminación de las limitaciones en el acceso a pruebas diagnósticas exige que éstas se decidan atendiendo a criterios basados en pruebas científicamente contrastadas. Diversas publicaciones muestran que alrededor del 30% de las solicitudes realizadas por especialistas hospitalarios no se basan en ninguna evidencia. Por ello parece necesario que los planes contemplen la elaboración de protocolos que orienten estas decisiones, para aplicar tanto por los especialistas de AP como de los hospitales (esto puede suponer una gran oportunidad para mejorar la eficiencia y la racionalidad global del sistema). Sin embargo, solamente un 26,7% de las CCAA contempla elaborar y aplicar estos protocolos de manera generalizada, un 46,6% de las mismas los contemplan de manera parcial y otro 26,6% no los contemplan para nada. Solamente el 20% los protocolos son comunes a ambos niveles, aunque en el 46,6% de las CCAA se han producido avances parciales. Parece que una parte importante de las CCAA puede desaprovechar esta gran oportunidad para mejorar el nivel de eficiencia y de racionalidad de sus servicios sanitarios.

La burocracia (recetas, tramitación de bajas laborales, certificados médicos, etc.) consume más del 30% del tiempo de los médicos de familia, en detrimento de su actividad asistencial, formativa o investigadora. En este sentido, el 46,7% de los planes contemplan medidas significativas para la reducción de estas actividades y otro 33,3% contempla alguna iniciativa al respecto.

La receta electrónica puede ser un potente instrumento para reducir la burocracia, incrementar el tiempo de asistencia, racionalizar la prescripción, evitar el fraude y mejorar la calidad de vida de los pacientes con patologías crónicas, que deben renovar periódicamente la medicación que necesitan. La implantación de esta receta ha sufrido un importante retraso, ya que su implantación está avanzada en el 26,6% de las CCAA y está aún en etapa inicial en el 60%.

Otra herramienta para mejorar la racionalidad de las decisiones, permitir el acceso a la información del paciente y facilitar la comunicación entre niveles asistenciales es la informatización de las consultas, que afortunadamente parece estar muy avanzada. Su implantación alcanza al 100% de las CCAA, estando generalizada en el 80% de las mismas.

La comunicación AP-hospitales está desarrollada en el 13,3% de las CCAA, aunque existen algunas experiencias en el 80%. Sin embargo, la historia clínica compartida sufre un importante retraso ya que sólo existe en una CA (6,7% del total), mientras que en el 73,3% está aún en período de pruebas en alguna área sanitaria.

La responsabilización e implicación ciudadana es muy importante para mejorar la calidad, la racionalidad y la sostenibilidad del sistema sanitario

4. Participación ciudadana:

La responsabilización e implicación ciudadana con el sistema sanitario es muy importante para mejorar la calidad, la racionalidad y la sostenibilidad del sistema. La participación social es esencial para garantizar la asignación de recursos en función de las necesidades y problemas de salud de los ciudadanos; mejorar las actividades de promoción y prevención; colaborar con los programas integrales de salud, y controlar la calidad y los resultados de los servicios de AP. Sin embargo, solamente existen experiencias parciales y limitadas de participación en el 66,6% de las CCAA y en el 33,3% no hay ninguna.

5. Experimentos de privatización y cesión de autonomía a los centros:

TABLA 1
Ponderación de las medidas de mejora por comunidad autónoma

CA	Puntuación
Galicia	23
Navarra	21
Baleares	20
Cantabria	17
Extremadura	16
Andalucía	14
Murcia	14
Valencia	14
Canarias	13
Castilla-La Mancha	12
Aragón	11
Asturias	9
Castilla y León	8
Madrid	8
Cataluña	5
Media CCAA	13,73

En general, los planes no contemplan experimentos de privatización directa de la AP, con excepción de los ya existentes previamente en Cataluña y Valencia. Hay algunas experiencias de cesión de autonomía de gestión, de características irregulares y limitadas en el 60% de las CCAA.

Conclusiones

1. Los acuerdos tienen un moderado respaldo profesional, con algo más de presencia sindical que profesional. Su nivel de participación se puede considerar relativamente escaso.
2. En el 73% de las CCAA los planes se han reflejado en un documento público, respaldado por la firma de la autoridad sanitaria correspondiente, mientras que en la cuarta parte no existe ningún compromiso que garantice su aplicación.
3. Solamente en el 26,7% de los planes están contempladas comisiones de seguimiento, lo que despierta serias dudas sobre su completa puesta en práctica.
4. El 26% de las CCAA no contempla la supresión de las limitaciones que impiden cerrar los procesos diagnósticos en los centros de AP.
5. La implantación de la receta electrónica ha sufrido un importante retraso, ya que se encuentra aún en una etapa inicial en el 60% de las CCAA.

6. La informatización de las consultas está muy avanzada. Su implantación alcanza al 100% de las CCAA, estando generalizada en el 80% de las mismas.

7. La historia clínica compartida también sufre un importante retraso, ya que sólo existe en una CA (6,7% del total) mientras que en el 73,3% está aún en período de pruebas en alguna área sanitaria.

8. Existen experiencias parciales y limitadas de participación ciudadana en el 66,6% de los planes.

9. Los planes de mejora no incluyen experimentos de privatización directa de la AP, que no existen, con excepción de los previamente realizados en Cataluña y Valencia.

10. En el 60% de los planes se contemplan experiencias incompletas e irregulares de cesión de autonomía de gestión a los centros.

Recomendaciones

1. Se deberían incorporar a sindicatos y organizaciones profesionales en los Planes de Mejora para garantizar el compromiso de los profesionales con los mismos y evitar la conflictividad por el cambio. Deben participar organizaciones de todas las categorías que trabajen en AP.
2. Garantizar el cumplimiento de los planes fijando compromisos temporales para su inicio y culminación, y estableciendo comisiones de control y seguimiento con la participación de todas las organizaciones representativas de la AP.
3. Eliminar todas las limitaciones en el acceso a pruebas diagnósticas y recursos terapéuticos a los médicos de AP.
4. Garantizar la racionalidad y la calidad de las decisiones en AP mediante protocolos y guías clínicas comunes a AP-hospital.
5. Reducir la burocracia en la actividad de los médicos.
6. Implantar con carácter preferente la receta electrónica en todas las CCAA.
7. Implantar con carácter urgente y preferente la historia clínica compartida AP-hospital.
8. Desarrollar instrumentos para garantizar la participación ciudadana en AP.
9. Establecer criterios comunes para dar autonomía a los centros de AP, evitando el incremento de la desigualdad, la irracionalidad o la privatización de los servicios. ■