



INFORME

***REPERCUSIONES
DE LA CRISIS SOBRE
LA ATENCIÓN
PRIMARIA.
EVOLUCIÓN EN LAS
CCAA***

***FEDERACION DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA
SANIDAD PÚBLICA
ABRIL DE 2019***

INTRODUCCION

Desde el proyecto de reforma de 1978 debido a los desfavorables modelos de sistema sanitario mundiales, en el cual se encontraba España, la Conferencia de Alma-Atá concentró considerables esperanzas e importancia para intentar revertir la precaria situación sanitaria de entre otros, nuestro país. De este modo, la Conferencia internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma-Atá el día 12 de septiembre de 1978 establecía lo siguiente:

VI. La atención primaria de salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. 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 atención primaria 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 atención primaria 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.

A pesar de los esfuerzos por conseguir establecer un modelo sanitario eficiente en cada país, 193 gobiernos reclamaban las insatisfactorias condiciones de salud por la que las personas de su país estaban aconteciendo. Por lo cual, se celebró en Kazajstán, el 25 y 26 de octubre de 2018 la Conferencia de Astaná sobre atención primaria de salud: De Alma-Ata a la Cobertura Universal de Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible:

Para afrontar los desafíos de la era moderna en cuanto a salud y desarrollo, necesitamos una APS que: (1) empodere a las personas y las comunidades para que se sientan dueñas de su salud, defiendan las políticas que la promueven y la protegen, y asuman el papel de arquitectos de la salud y los servicios sociales que contribuyen con la salud; (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 atención primaria 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 APS y la CUS. Sin embargo, las sociedades no se mueven automáticamente hacia la salud y la equidad en salud. Para alcanzar esta meta, debemos tomar medidas expresamente encaminadas a reforzar los tres componentes de la atención primaria de salud, haciendo hincapié en una mayor equidad, calidad y eficiencia.

El desarrollo de la AP en España comenzó antes de la aprobación de la Ley General de Sanidad (1986) con 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 extensión del modelo de AP y la cobertura de más del 99% de población han garantizado su funcionamiento y su gran aprecio internacional, aunque en los últimos años de recortes y privatizaciones se ha producido un evidente retroceso en todos los ámbitos de la misma

La Atención Primaria (AP) esta viviendo una crisis que viene de lejos, pero que se ha agudizado en este ultimo año. Seguramente en su origen están las grandes expectativas que generó su puesta en funcionamiento hace ya 40 años y la contradicción entre un modelo esencialmente solidario y comunitario con una sociedad consumista y donde el peso del neoliberalismo en lo económico, político y social ha ido ganando terreno. También, por supuesto, el envejecimiento de los profesionales que la pusieron en marcha, y la llegada mayoritaria de otros nuevos, que no han elegido de manera prioritaria la AP, sino que no han podido optar a otra especialidad, y que viven su práctica diaria

con una mezcla de frustración y de intento de convertirla en otra que responda más a sus perspectivas.

Una cuestión fundamental en esta evolución de los profesionales de AP tiene que ver con la escasa consideración que ha recibido la misma desde las autoridades sanitarias, que puede decirse que la han marginado de en su consideración dentro del sistema sanitario público, bien porque al ser una partida menos relevante del gasto no le prestaron la atención debida, bien porque tenían puesto su objetivo en la mercantilización y privatización de la asistencia sanitaria y les molestaba una AP que difícilmente encajaba en este paradigma.

Objetivos

- Analizar la evolución de la Atención Primaria en las Comunidades Autónomas españolas durante los años de la crisis, y evaluar si se ha producido una recuperación tras la mejora de la situación económica.
- Registrar comparativas sobre los datos obtenidos en los años 2010 y el último año disponible (2016, 2017 y 2018 según disponibilidad).
- Conocer la opinión de la población en diversas vertientes en relación con la Atención Primaria y su evolución en el tiempo analizado.
- Sugerir una serie de conclusiones para esclarecer y ayudar a concienciar sobre la situación actual de la Atención Primaria en nuestro país y, con ello, de la Sanidad Pública.

Metodología

Una vez introducido el informe sobre AP y sus objetivos, en este apartado se planteará el tipo de diseño que se ha empleado señalando cómo se ha desarrollado metodológicamente.

El enfoque metodológico de este informe se basa en la elaboración de un trabajo mixto o triangulado entre métodos de investigación, utilizando el método cuantitativo fundamentalmente, como también el cualitativo. Para conseguir optimizar las técnicas a cada uno de los métodos, en la parte cuantitativa nos hemos basado en el análisis de aquellas cifras encontradas y estadísticas del Barómetro Sanitario y portal estadístico del Ministerio de Sanidad en diversos años sobre Atención Primaria por Comunidad Autónoma en España, entre otros. Estos datos nos permitirán averiguar los distintos cambios que se han ido produciendo a lo largo del tiempo con el fin de realizar una comparativa y establecer una serie de conclusiones.

Por otro lado, en la parte cualitativa se ha recurrido a una serie de documentos que guardan relación con los postulados derivados de la Conferencia de Alma Atá, hace ya 40 años, y la Declaración de Astaná de 2018. Además de aquellos correspondientes a la evolución, recorte y opinión sobre la AP en nuestro país.

Con lo cual, el alcance que se pretende abordar es de tipo descriptivo-explicativo, ya que su objetivo primordial es realizar una exposición a fondo del fenómeno mediante la percepción de la AP por Comunidad Autónoma. De esta manera, también se pretende explicar las posibles causas y la relación entre dichos fenómenos que permitirán plasmar una visión clara y sucinta del mismo y su debida continuación de cara a trabajos posteriores.

I. Evolución del gasto sanitario de AP

La escasa consideración de las administraciones públicas hacia la AP se ha evidenciado en la evolución de los presupuestos sanitarios, y así puede observarse en la siguiente tabla, que recoge el porcentaje del gasto sanitario público destinado a la AP(recogido con los datos del Ministerio de Sanidad), como disminuyó el porcentaje (que ya era bajo proporcionalmente) de una manera sustancial durante los años más intensos de la crisis, y que no se ha recuperado cuando ya se supone que se había producido la salida de la misma, sino que disminuyó aún mas, de manera que en 2016 el promedio destinado a la AP decreció en 1,21 puntos de promedio.

Gasto sanitario público en Atención Primaria en % sobre el gasto sanitario público total

	2010	2012	2013	2016
Andalucía	17,22	16,06	14,45	14,26
Aragón	15,97	12,4	14,99	11,66
Asturias	13,04	12,07	17,54	12,78
Baleares	18,41	13,32	13,24	12,18
Canarias	13,58	13,95	14,42	14,15
Cantabria	12,87	10,52	14,33	17,7
C y León	17,42	16,3	17,09	15,93
CLM	16,38	16,49	17,15	16,47
Cataluña	14,78	13,87	13,75	13,38
C Valenciana	13,09	13,31	12,65	13,14
Extremadura	16,73	16,76	17,25	16,13
Galicia	12,85	12,96	12,77	12,57
Madrid	12,8	12	11,87	11,64
Murcia	12,74	13,67	13,02	13,71
Navarra	15,31	15,31	15,67	14,92
P Vasco	15,59	15,89	15,45	14,48
L Rioja	13,11	13,12	13,92	14,15
Total	14,88	14,15	14,16	13,67

En este contexto llama la atención la gran variabilidad de los porcentajes según las distintas CCAA, variabilidad que se mantiene en el tiempo, aunque cambien las CCAA que se sitúan en los máximos y mínimos. En 2010 entre el 18,41% de Baleares y el 12,74% de Murcia (ratio máximo /mínimo 1,44); en 2012 entre el 16,76% de Extremadura y el 10,52% de Cantabria (ratio 1,59) y en 2016 entre el 17,7% de Cantabria y el 11,64% de Madrid (ratio 1,52). Es decir, la diferencia entre la que más dedica y la que menos lo hace se ha incrementado en estos años, lo que evidentemente fomenta la desigualdad.

La tabla siguiente recoge la diferencia entre el gasto de 2010 y el momento de mayor disminución del porcentaje sobre gasto sanitario público (que sucedió en 2012 o 2013 según las CCAA) y la diferencia con 2016.

	Diferencia máxima (2012-2013)	Diferencia 2016
Andalucía	- 2,77	- 2,96
Aragón	- 3,57	- 4,31
Asturias	- 0,97	- 0,26
Baleares	- 5,17	- 6,23
Canarias	0,36	0,57
Cantabria	- 2,35	4,83
C y León	-1,12	- 1,49
CLM	0,11	0,09
Cataluña	- 1,03	-1,4
C Valenciana	- 0,44	0,05
Extremadura	- 0,03	- 0,6
Galicia	- 0,08	- 0,28
Madrid	- 0,93	-1,16
Murcia	0,28	0,97
Navarra	0	- 0,39
P Vasco	- 0,14	- 1,11
L Rioja	0,01	1,04
Total	- 0,01	- 1,21

Lo primero que llama la atención es que, en 2016, 12 de las 17 CCAA seguían destinando a la AP un porcentaje inferior al de 2010 (7 de ellas mas de un punto menos) y dos (Baleares y Aragón) más de 4 puntos menos.

La última tabla recoge la evolución de los €/habitante ya año de gasto sanitario de AP (como es conocido hay una gran diferencia en los presupuestos y gasto sanitario per capita entre las CCAA, ver [Los Presupuestos Sanitarios de las CCAA para 2019](#) y por ello conviene ver el gasto real en €/per capita porque porcentajes altos de CCAA con un gasto sanitario bajo pueden en realidad ser insuficientes en la práctica.

	2010 €/habitante / año	2016 €/habitante / año
Andalucía	203,21	204,77
Aragón	226,67	167,43
Asturias	196,53	183,52
Baleares	196,31	174,90
Canarias	175,91	203,19
Cantabria	173,42	254,17
C y León	237,02	228,75
CLM	220,56	236,50
Cataluña	191,96	192,13
C Valenciana	146,97	188,69
Extremadura	252,57	231,63
Galicia	171,34	180,50
Madrid	141,84	167,15
Murcia	169,98	196,88
Navarra	236,25	214,25
P Vasco	253,03	207,93
L Rioja	189,30	203,19
Total	199,98	196,30

En la tabla se observa que se ha reducido globalmente el gasto por habitante y año entre 2010 y 2016 en 3,68 € (un 1,84%) de nuevo con una gran variabilidad. Ha disminuido el gasto por habitante 8 CCAA, y el máximo y el mínimo siguen estando demasiado abiertos, aunque han disminuido algo (0,26 puntos): en 2010 máximo 252,57 de Extremadura, mínimo 141,84 de Madrid (ratio 1,78) y en 2016 máximo 254,17 Cantabria y mínimo 167,15 Madrid (ratio 1,52). Llamativa es la situación de Madrid que permanece la última desde 2010 a pesar de que esta situada la tercera por la cola en presupuestos totales per cápita en 2016.

Si analizamos la influencia del color político sobre tanto el porcentaje de gasto dedicado a la AP como el gasto per capita, en 2010 y 2016, vemos que no parece haber una influencia determinante. En 2010, el 71,42% de las CCAA gobernadas por la izquierda se encontraban por encima de la media (el 25% de las gobernadas por el PP, solo o en coalición) en cuanto a % de gasto sanitario en AP, y en 2016 eran el 55,55% (el 66,66% de las gobernadas por el PP), mientras que si vemos el gasto per capita en 2010 estaban por encima de la media el 66,66% (55,5% en el caso del PP), y el mismo porcentaje en 2016 (66,66% del PP). Aparte quedan las 2 CCAA gobernadas por nacionalistas, País Vasco por encima de la media en los 2 aspectos y Cataluña por debajo (ambas en 2010 y 2016). Hay que tener en cuenta que algunas de las CCAA cambiaron el color de sus gobiernos en estos años y parece que los datos señalan tendencias de cada comunidad autónoma con alguna influencia, pero menor, de los gobiernos de izquierda en cuanto a mayor sensibilidad por la AP.

II. Recorte en los recursos humanos

Hemos señalado anteriormente como habían evolucionado, a la baja, los presupuestos sanitarios en el total del país y las diferencias entre CCAA. Ahora recogemos el impacto que estos recortes han tenido sobre los recursos humanos de la atención primaria centrándonos en 4 categorías profesionales: medicina de familia, pediatría, enfermería y personal administrativo.

Para poder utilizar datos homogéneos que nos permitan realizar comparaciones entre las CCAA utilizamos las ratios de población por profesional, porque además nos permiten tener una idea de la presión asistencial de los mismos, usando para ello los datos disponibles en el portal estadístico del Ministerio de Sanidad, que, si en el caso del gasto sanitario se quedaba en 2016, en este ofrece datos hasta 2017 (un momento en teoría mas favorable económicamente). Por otro lado, conviene tener en cuenta que la población durante este periodo disminuyo ligeramente según el INE, pasando de 46.815.516 personas en 2010 a 46.609.652 en 2013 y a 46.528.966 en 2017, es decir, 286.550 personas menos (0,612% menos) aunque de nuevo con muchas diferencias entre CCAA, porque pese a ello tienen un ligero crecimiento 8 de ellas.

La tabla siguiente recoge la evolución de población entre 2010 y 2017 (en %) según las diferentes CCAA (en negrita las que tuvieron crecimiento de población)

Andalucía	+ 0,1%
Aragón	- 2,84%
Asturias	- 4,55%
Baleares	+ 0,89%
Canarias	+ 0,49%
Cantabria	- 2,06%
C y León	- 5,22%
CLM	- 3,18%
Cataluña	+ 0,57%
C Valenciana	- 3,32%
Extremadura	- 2,46%
Galicia	- 3,19%
Madrid	+ 0,75%
Murcia	+ 0,56%
Navarra	+ 0,99%
P Vasco	+ 0,72%
L Rioja	- 2,18%

Es importante tener en cuenta este dato, porque la población asignada por profesional, al disminuir o aumentar la misma un debería de hacerlo en igual

proporción, y si no lo hace así evidencia que se ha producido un recorte en las plantillas.

La población por medico/a de familia en el total del país disminuyo en el periodo en un 2,93%. Esta situación, sin embargo, no se produce en todas las CCAA ya que aumenta la ratio de población en 4 CCAA (Baleares, Madrid, La Rioja y Asturias) y aunque el efecto de aumento de población puede haber tenido algún impacto en las 2 primeras, en todo caso pequeño porque en Baleares el aumento es porcentualmente 10 veces mayor y en Madrid 2,61 pero en el caso de La Rioja y Asturias es poco comprensible porque ha disminuido la población de manera significativa.

Ratio de Medicina de familia (TSI/ profesional)

	2010	2013	2017	Diferencia 2010-17
Andalucía	1434	1462	1425	- 9
Aragón	1160	1148	1164	+ 4 (+ 0,34%)
Asturias	1446	1422	1376	- 70
Baleares	1669	1688	1762	+ 103 (+5,57%)
Canarias	1467	1407	1463	- 4
Cantabria	1353	1334	1289	- 64
C y León	931	927	916	- 15
CLM	1259	1271	1225	- 34
Cataluña	1432	1418	1375	- 57
C Valenciana	1509	1464	1445	- 64
Extremadura	1184	1174	1122	- 62
Galicia	1312	1296	1275	- 37
Madrid	1527	1530	1557	+ 30 (+ 1,96%)
Murcia	1484	1394	1445	- 39
Navarra	1408	1388	1325	- 83
P Vasco	1766	1386	1341	- 425
L Rioja	1188	1252	1234	+ 46 (+3,87%)
Total	1398	1372	1357	- 41

Aunque el promedio de personas asignadas por profesional de medicina de familia da una idea general de la situación, es obvio que hay una gran dispersión de los datos por lo que conviene también tener en cuenta otro dato relevante como es el porcentaje de profesionales con mas de 1500 TSI (1500 TSI es el limite que se considera recomendable no superar) y el % que tiene mas de 2000 TSI (un caso evidente de sobresaturación). Como siempre la variabilidad entre CCAA es importante, como se ve en la tabla siguiente:

Profesionales de medicina de familia por tramos de población asignada

	2010 Porcentaje >1500 TSI	2010 Porcentaje >2000 TSI	2017 Porcentaje >1500 TSI	2017 Porcentaje >2000 TSI
Andalucía	47,80	1,44	47,83	2,25
Aragón	36,77	0,8	32,60	0,93
Asturias	57,01	1,19	48,57	0,44
Baleares	81,25	7,95	85,26	7,46
Canarias	59,15	2,27	52,74	0,92
Cantabria	27,27	0	23,87	0
C y León	25,31	0,08	11,86	0
CLM	44,92	2,48	40,53	2,52
Cataluña	36,51	0,81	Sin datos	sd
C Valenciana	67,45	2,72	51	0,43
Extremadura	31,44	0,12	27,99	0,12
Galicia	26,16	1	19,32	0,16
Madrid	64,09	4,25	56,95	7,81
Murcia	46,55	0,48	42,08	0
Navarra	48,02	0,52	29,1	0
P Vasco	53,93	0,13	32,37	0,2
L Rioja	0	0	24,42	0
Total	45,11	1,67	41,49	2,12

Lo primero que queda claro es que el porcentaje con mas de 1500 TSI es elevado y que ha disminuido ligeramente en este tiempo (45,11% en 2010 y 41,49% en 2017), pero por el contrario el porcentaje de quienes tienen mas de 2000 TSI se ha incrementado (0,45 puntos) lo que no parece justificable. La disminución del % con mas de 1500 TSI se produce en la mayoría de CCAA (para Cataluña no hay datos de 2017), excepto en Andalucía (de manera irrelevante = 0,03%), La Rioja (donde pasa de 0 a 24,42%) y Baleares donde aumenta 4,01 puntos, alcanzado el intolerable 85,26%. Entre las que disminuyen llama la atención el caso de País Vasco (disminuye 21,56 puntos), Navarra (18,92) y Valencia (16,45) dándose el caso de que las 2 primeras han aumentado su población. Si vemos las que tienen mayores porcentajes de mas de 2000 TSI por profesional en 2017, dos están a la cabeza muy lejos del resto, Madrid (7,81%) y Baleares (7,46%), lo mas llamativo es el caso madrileño donde este porcentaje casi se ha duplicado desde 2010 (4,25%), mientras que en Baleares ha bajado ligeramente desde entonces.

Las ratios de población infantil por pediatra han mejorado globalmente, pasando de 1037 en 2010 a 1018 en 2017 (- 1,83%), de nuevo con gran variabilidad interautonómica. Todas las CCAA, excepto 6 (Baleares, Castilla La Mancha, Extremadura, Madrid, País Vasco y la Rioja), experimentan una disminución de las ratios volviendo a sorprender el caso de Madrid que se coloca a la cabeza (crecimiento del 6,31%) y en una situación preocupante.

Ratio de Pediatría (TSI/ profesional)

	2010	2013	2017
Andalucía	1087	1091	1042
Aragón	1004	1016	989
Asturias	802	844	812
Baleares	1076	1118	1113
Canarias	943	899	848
Cantabria	1019	994	872
C y León	910	894	896
CLM	1033	1054	1057
Cataluña	1164	1154	1139
C Valenciana	976	957	889
Extremadura	971	993	1043
Galicia	965	950	941
Madrid	1093	1166	1162
Murcia	990	965	963
Navarra	964	989	939
P Vasco	908	828	918
L Rioja	892	984	939
Total	1037	1040	1018

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del portal estadístico del Ministerio de Sanidad.

La situación de enfermería es especialmente preocupante. Como es conocido en España, existe un déficit muy importante de estos profesionales (así mientras la densidad de profesionales de enfermería /1000 habitantes es de 9 de promedio en la OCDE, en nuestro país es de 5,5. OCDE Health Data 2018), a la vez mientras en la mayoría de los países la ratio de profesionales de enfermería/ de medicina en AP es de 2 o 3, en España, es de promedio de 0,87 y esta por debajo de 1 en todas las CCAA, con excepción de Navarra. En el periodo analizado ha habido una ligera disminución de la población asignada por profesional de enfermería, el 3,63% (59 personas menos), inferior al descenso de población lo que significa que ha habido una disminución del número total de estos profesionales en AP. El descenso ha sido casi generalizado (excepto en 4 CCAA: Asturias, Baleares, Cantabria y Madrid), de nuevo llama la atención el caso madrileño donde se alcanza la peor posición de todo el país, nada menos que 469 mas que el promedio, el 30,31% más, una situación intolerable

Ratio de Enfermería (TSI/ profesional)

	2010	2013	2017
Andalucía	1760	1637	1749
Aragón	1399	1387	1351
Asturias	1440	1555	1468
Baleares	1885	1901	1985
Canarias	1678	1614	1647
Cantabria	1504	1542	1547
C y León	1158	1143	1112
CLM	1377	1320	1325
Cataluña	1498	1452	1388
C Valenciana	1712	1539	1602
Extremadura	1200	1194	1161
Galicia	1532	1545	1487
Madrid	1935	1961	2016
Murcia	1843	1717	1768
Navarra	1396	1370	1264
P Vasco	1802	1558	1428
L Rioja	1368	1463	1185
Total	1606	1546	1547

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del portal estadístico del Ministerio de Sanidad.

En cuanto al personal administrativo de nuevo nos encontramos con una carencia preocupante. A pesar de ello las ratios de TSI/administrativo disminuyeron un 5,55% (169 menos de promedio), otra vez con gran variabilidad entre CCAA (incrementos en Andalucía, Asturias, Baleares, Cantabria y Castilla y León). En este caso como en el de la enfermería la ausencia de personal hace que se trasladen hacia otros profesionales de manera ineficiente tareas que podrían resolverse por estos trabajadores y que crean cuellos de botella y sobrecargas en la asistencia.

Ratio de Auxiliar administrativo (TSI/ profesional)

	2010	2013	2017
Andalucía	2671	2862	3003
Aragón	3751	3942	3547
Asturias	2835	3456	3354
Baleares	3682	2967	3819
Canarias	3493	3335	2155
Cantabria	3267	3318	3538
C y León	3610	3927	3796
CLM	3322	3392	3150
Cataluña	2482	2324	2159
C Valenciana	3079	3373	2751
Extremadura	3661	3294	3556
Galicia	2799	2769	2739
Madrid	3494	3497	3462

Murcia	3577	3375	3472
Navarra	2390	2335	2274
P Vasco	4024	3371	3011
L Rioja	4276	4700	4015
Total	3045	3041	2876

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del portal estadístico del Ministerio de Sanidad.

Una cuestión que merece un comentario específico es la problemática en que se encuentra la AP con falta de profesionales cualificados en varias categorías (medicina de familia, pediatría, etc.). Hay que dejar claro que se trata de un déficit provocado por una política miope de recortes en la formación de especialistas llevada a cabo por los gobiernos del PP. Así el número de plazas convocadas en el MIR pasaron de 7.288 en 2010 a 6.682 en 2013, 6.968 en 2016, 6.325 en 2017. Lógicamente esto supone una disminución de los especialistas que terminan la formación correspondiente. CCOO ha calculado que entre 2010 y 2018 se perdieron 298 especialistas en enfermería familiar y comunitaria, 93 plazas de pediatría y 1.051 plazas de medicina familiar y comunitaria (MFyC), lo que unido al aumento de la emigración de profesionales (habitualmente a países con mayor densidad de los mismos) ha generado la situación actual.

Además se produce una baja utilización de la capacidad docente de MFyC, de las que fueron ofertadas solo el 88,19% de las acreditadas en 2012, el 81,67 en 2013 y el 92,07% en 2018 (resultando llamativo que en Madrid se produjera este año una disminución de la oferta de 2,2 puntos y en La Rioja de 15), lo que demuestra que sigue existiendo un margen amplio para paliar la falta de especialistas y que algunas de las CCAA siguen apostando por no solucionar el déficit.

III. La opinión de la población

La opinión de la ciudadanía es un factor clave a la hora de analizar el funcionamiento de la Atención Primaria (AP) y para ello hemos analizado la información que se recoge en el Barómetro Sanitario. Sobre el mismo conviene hacer algunas matizaciones, la primera de las cuales es que aunque el número global de encuestados es bastante representativo (alrededor de 7.500 en todo el país, varía según los años) cuando se desagrega en las CCAA algunas, por su población, tienen pocos encuestados (la que menos La Rioja, 52 encuestas en 2018) por lo que en estas los resultados tienen que ser vistos con prudencia, obviamente Andalucía, Cataluña, Madrid y Valencia tienen muestras muy importantes; la segunda es que algunas preguntas “desaparecieron” en los últimos Barómetros (probablemente porque los resultados no convenían a las autoridades sanitarias del momento) y la última es que la formulación de algunas preguntas cambió, con lo que los resultados no son estrictamente comparables o debe de hacerse esta comparación con prudencia.

Por otro lado, hemos utilizado, cuando era posible, la comparación entre 2010 y 2018 (el último Barómetro publicado), y en algún caso con años anteriores.

En general, y como sucede con todos los servicios analizados, la valoración de quienes utilizan la AP es bastante buena y esta permanece casi igual en el tiempo, tal y como se observa en la Tabla siguiente en la que la consideración de que la atención recibida fue buena o muy buena creció en 0,23 y superaba en promedio el 86%. Los datos por CCAA evidencian que disminuyó la valoración en 8 ellas y que solo en un caso esta valoración baja del 84% en 2018, superando este año en 3 el 90% (Aragón, Castilla La Mancha y Cantabria).

Recibieron atención buena o muy buena en AP de la Sanidad Pública

	2010	2018
Andalucía	85,84	83,40
Aragón	62,62	92,50
Asturias	92,22	87,70
Baleares	87,88	87,50
Canarias	77,65	83,00
Cantabria	88,22	90,70
C y León	89,22	87,60
CLM	89,16	91,10
Cataluña	86,49	85,80
C Valenciana	84,12	86,40
Extremadura	84,71	86,70
Galicia	83,58	88,10
Madrid	83,72	87,00
Murcia	91,09	88,10
Navarra	90,23	89,60
P Vasco	92,33	87,20
L Rioja	92,93	85,90
Total	86,27	86,50

La puntuación que se realiza del servicio sanitario es también favorable (> 7) con excepción del tiempo que tardan en verle desde que piden la cita (6,44) y el tiempo que tardan en realizarle las pruebas diagnósticas (5,45), como era de esperar, de acuerdo con lo señalado anteriormente, estas 2 últimas preguntas desaparecieron en Barómetros posteriores.

A continuación, en la siguiente tabla sobre la valoración que se les dio a los médicos de Atención Primaria en una escala del 1 al 10 en distintos años, nos encontramos con un incremento leve sobre la valoración de estos profesionales en la mayoría de las comunidades. Las únicas excepciones donde la evaluación menguó fueron en Castilla y León (7,42 en 2010/7,32 en 2018) y en La Rioja (7,63 en 2010/7,60 en 2018).

Por otra parte, aquellas que situaban por debajo del promedio y que aún continúan son: Andalucía (6,81 y 6,98) y la Comunidad Valenciana (6,87 y 7,15). Sin embargo, mejoraron por encima del promedio en 2018 las comunidades de Extremadura, Galicia y Murcia cuando en 2010 estaban por debajo de la media total.

Valoración médicos/as AP

	Vmed 2010 (Medias)	Vmed 2018 (Medias)
Andalucía	6,81	6,98
Aragón	7,87	7,95
Asturias	7,31	7,84
Baleares	7,04	7,35
Canarias	6,58	7,13
Cantabria	7,32	7,58
C y León	7,42	7,32
CLM	7,23	7,63
Cataluña	7,13	7,33
C Valenciana	6,87	7,15
Extremadura	7,01	7,36
Galicia	6,84	7,47
Madrid	7,16	7,32
Murcia	6,90	7,44
Navarra	7,49	7,51
P Vasco	7,27	7,53
L Rioja	7,63	7,60
Total	7,06	7,31

En cuanto a la valoración que se les proporcionó a los médicos/as y enfermeros/as de AP en 2018 en una escala de 1 a 10, encontramos puntuaciones notables y poco variables en ambos tipos de profesionales en la tabla de a continuación. Señalar, las mayores puntuaciones de Aragón (8,17 y 8,11), Asturias (8,16 y 8,30) y Cantabria (8,11 y 8,20), en comparación con las de Andalucía (7,31 y 7,30) y de la Comunidad Valenciana (7,45 y 7,29). Estas puntuaciones pueden indicarnos que la asistencia proporcionada por estos tipos de profesionales es de buena calidad en todas las CCAA, pero siempre pudiendo ser mejorables.

Valoración médicos/as y enfermeros/as en 2018

2018	Valoración Médicos/as (Medias)	Valoración Enfermeros/as (Medias)
Andalucía	7,31	7,30
Aragón	8,17	8,11
Asturias	8,16	8,30
Baleares	7,59	7,63
Canarias	7,51	7,44
Cantabria	8,11	8,20
C y León	7,67	7,72
CLM	7,90	8,04
Cataluña	7,63	7,60
C Valenciana	7,45	7,29
Extremadura	7,84	8,06
Galicia	7,60	7,61
Madrid	7,77	7,84
Murcia	7,91	7,91
Navarra	7,81	7,95
P Vasco	7,71	7,78
L Rioja	7,76	7,87
Total	7,63	7,64

Otro asunto importante es la preferencia de la AP de la Sanidad Pública, la siguiente tabla recoge la comparación de los resultados de la pregunta “¿si Ud. pudiera elegir preferiría la AP de la Sanidad Pública?”. Como se observa, se sigue prefiriendo mayoritariamente la Sanidad Pública y esta preferencia ha crecido en 4,34 puntos en el conjunto del país. En este asunto las diferencias entre CCAA son mayores. En dos CCAA (Baleares y Canarias) esta preferencia en 2018 no alcanza el 55%, y solo en una (Asturias) supera el 80% (85,7%).

Prefieren AP Sanidad Pública

	2010	2013	2018
Andalucía	57,73	65,00	61,9
Aragón	77,49	83,61	79,4
Asturias	77,92	73,15	85,7
Baleares	54,44	54,51	54,3
Canarias	48,03	54,07	54,5
Cantabria	65,43	74,65	72,7
C y León	63,26	75,72	68,6
CLM	76,09	77,01	76,3
Cataluña	59,22	59,40	66,1
C Valenciana	65,80	68,22	71
Extremadura	69,13	71,96	67,3
Galicia	70,91	82,65	75,2
Madrid	61,59	69,43	68
Murcia	73,30	70,60	73,1
Navarra	75,80	78,83	72,5
P Vasco	73,05	69,70	75,6
L Rioja	62,33	73,80	76,3
Total	63,86	68,17	68,20

Cuestión diferente es el resultado de analizar las veces que durante el último año acudieron las personas encuestadas al sistema público y al sector privado, produciéndose un crecimiento en ambos casos (un 4,87% más en el caso de la Sanidad Pública y un 26,47% en el de la medicina privada), como siempre con gran variabilidad interautonómica pero llamando la atención los casos de Canarias (de 0,44 a 0,76), Murcia (0,07 a 0,69), Cataluña (0,44 a 0,64), Madrid (0,42 a 0,61) y Cantabria (0,20 a 0,57). Una deriva preocupante que demuestra que el deterioro del sistema público (en este caso la mayor presión asistencial que ya señalábamos en el artículo anterior y las importantes demoras en las citas) acaba “favoreciendo” la utilización del sector privado.

Durante el último año ¿cuántas veces acudió a un medico de cabecera de la Sanidad Pública, y cuántas a uno privado?

	2010 Sanidad Pública	2018 Sanidad Pública	2010 Centro Privado	2018 Centro Privado
Andalucía	4,43	4,60	0,49	0,32
Aragón	3,63	4,07	0,16	0,21
Asturias	3,86	4,11	0,18	0,23
Baleares	4,64	3,09	0,47	0,42
Canarias	3,82	3,93	0,44	0,76
Cantabria	3,96	4,90	0,20	0,57
C y León	5,06	4,65	0,29	0,20
CLM	3,73	4,81	0,22	0,38

Cataluña	3,61	4,19	0,44	0,64
C Valenciana	4,52	4,49	0,22	0,30
Extremadura	4,27	4,86	0,17	0,30
Galicia	3,81	4,16	0,33	0,24
Madrid	4,16	4,21	0,42	0,61
Murcia	4,84	4,27	0,07	0,69
Navarra	3,69	3,80	0,14	0,20
P Vasco	3,51	3,56	0,16	0,26
L Rioja	3,10	4,17	0,23	0,24
Total	4,10	4,30	0,34	0,43

La próxima tabla nos indica qué medio utiliza la población mayormente cuando quiere le vea un/a médico/a. Como podemos observar, se siguen utilizando en la mayoría de los casos aquellos medios tradicionales como son llamar por teléfono o acudir directamente al centro de salud frente al uso de Internet. Esto se explica debido a que la mayoría de pacientes que acuden a la AP son personas longevas. En datos, destaca por encima de acudir al centro de salud llamar por teléfono, superando, en la mayoría, a la media, siendo destacable el caso de Navarra (84,3) y llamativo el bajo dato de Andalucía (27,6) y Murcia (29,3). En cuanto a Internet, el uso, como hemos señalado, es bastante menor coincidiendo Navarra con su uso más bajo (7,3) y Murcia con su utilización por encima de la media (46,9).

Refiriéndonos a los centros de salud de AP, destacar la alta asistencia en Cataluña (45,6) y la más baja en Navarra (7,8), entendiéndose esta última su continua apuesta por solicitar la llamada por teléfono.

Medios que utiliza para que le vea un/a médico/a de AP

2018	Teléfono	Internet	Centro de salud
Andalucía	27,6	44	28,1
Aragón	53	25,3	21,3
Asturias	71,9	14,3	13,2
Baleares	58	11,5	30
Canarias	70,6	20,8	8,5
Cantabria	64,4	21	14,6
C y León	45,9	10,1	43,6
CLM	40	34,9	25,1
Cataluña	35,3	19,2	45,6
C Valenciana	34,9	26,2	38,3
Extremadura	50,9	21,1	27,5
Galicia	45,3	32,7	21,7
Madrid	46,9	26,1	26,4
Murcia	29,3	46,9	23,8
Navarra	84,3	7,3	7,8
P Vasco	49,3	27,2	23,1
L Rioja	36,4	33,6	30
Total	42	27,6	30

Como se nos muestra a continuación, en casi la totalidad de las Comunidades Autónomas españolas los pacientes indican que querían que les hubieran atendido días antes, superando en todos los casos el 50% salvo Galicia con un 48,8%. Destacar las comunidades de Asturias (87,9) y La Rioja (81), por el que declaran en una clara mayoría que les hubiera gustado que les entendieran con antelación. Este suceso puede explicarse por el recorte de las plantillas de profesionales de AP que provoca que las consultas se colapsen y que los pacientes tengan que esperar varios días más en obtener cita y, por tanto, en ser atendidos.

Porcentaje de personas que querían que les hubieran atendido antes

	% 2018
Andalucía	70,4
Aragón	61,9
Asturias	87,9
Baleares	66,1
Canarias	64,7
Cantabria	61,4
C y León	62,9
CLM	55,5
Cataluña	67,5
C Valenciana	66,7
Extremadura	76,2
Galicia	48,8
Madrid	61,6
Murcia	75,4
Navarra	62,8
P Vasco	68,5
L Rioja	81
Total	66,1

Congruente con esta situación son los resultados de la tabla siguiente que comparan la evolución de quienes pensaban que la AP había mejorado y empeorado en los últimos 5 años (utilizamos los resultados de 2010 y 2016 porque a partir de este año la pregunta “desapareció” del Barómetro). Ya se ve que en estos años el porcentaje que piensan que había mejorado la AP disminuyó en 21,83 puntos y quienes piensan que había empeorado aumentaron significativamente (+13,3 puntos). Las situaciones más llamativas en cuanto a quienes piensan que había empeorado la AP se dan en Cataluña (+ 18,84), Andalucía (+ 18,07), Madrid (+16,92), Castilla La Mancha (+ 16,48) Baleares (+ 14,85) y Castilla y León (+ 14,61). Como se ve (y con la limitación de que no se analiza el mismo periodo) coinciden bastante con aquellas CCAA donde más aumentaron las consultas de AP en el sector privado.

Creen que la AP mejoro o empeoro en los últimos 5 años

	2010 Mejoró AP	2016 Mejoró AP	2010 Empeoró AP	2016 Empeoró AP
Andalucía	48,90	21,50	3,63	21,70
Aragón	38,01	24,80	6,44	12,40
Asturias	41,11	25,40	6,75	12,40
Baleares	45,55	15,00	4,75	19,60
Canarias	43,04	23,30	11,54	20,20
Cantabria	43,86	22,20	4,91	16,30
C y León	53,03	20,40	4,99	19,60
CLM	48,21	19,50	5,42	21,90
Cataluña	42,83	14,90	10,46	29,30
C Valenciana	39,37	24,00	9,32	18,90
Extremadura	48,15	25,50	3,08	11,90
Galicia	38,18	32,40	6,59	12,40
Madrid	36,77	16,20	12,08	29,00
Murcia	45,45	28,10	5,89	11,00
Navarra	41,53	24,20	16,97	11,80
P Vasco	33,52	21,70	7,81	14,90
L Rioja	37,83	15,10	6,97	13,60
Total	42,73	20,9	7.87	21,2

Por fin vamos a revisar las demoras en las citas de AP, un caso este en que las preguntas concretas han cambiado con el tiempo, pero teniendo en cuenta esta limitación hemos elaborado la tabla siguiente en la que se ve la evolución de las demoras en las citaciones.

En 2010 el 44,5% señalaba que le daban cita “siempre o casi siempre” en 24 horas y en el 2018 el 47,5% decía que le atendieron “ese día o el siguiente”, por lo que parece que la situación no ha cambiado mucho a nivel global, aunque la distribución en 2018 ofrece una gran variabilidad (entre el 82,8 y el 21,3%). Hemos recogido también al porcentaje que dicen que fueron citados con más de 6 días de demora, nada menos que el 24%, situación presente en todas las CCAA en algún caso con porcentajes muy escandalosos (el 48,2% en Cataluña, 22,7% en Baleares y 20,8% en Valencia). Por otro lado, se detectan citas con mas de 10 días de demora en un 6% en todo el país, de nuevo con la peor situación en Cataluña (el 18,1%).

Lógicamente la mayoría de la población (66,1%) se muestra disconforme con la fecha en la que le dieron la cita y solo en Galicia hubo mayor porcentaje de personas que le pareció bien el día que le atendieron (51,2%).

	2010 (*)	2018 (**)	2018(***)
Andalucía	45,12	51,2	15,3
Aragón	60,40	66	11
Asturias	65,00	82,8	12,1

Baleares	10,61	23,1	22,7
Canarias	13,63	27,4	18,3
Cantabria	39,77	51,5	16,8
C y León	46,87	62,9	8,6
CLM	67,04	71,3	12,7
Cataluña	35,74	21,3	48,3
C Valenciana	24,82	32,8	20,8
Extremadura	53,23	63,2	15,9
Galicia	44,47	67	4,8
Madrid	44,98	47,1	14,7
Murcia	56,36	67,8	17,5
Navarra	47,88	85,2	10,8
P Vasco	32,78	58,5	23,3
L Rioja	67,94	80,8	12,7
Total	44,50	47,5	24

(*) Porcentaje de población que en 24 horas recibe cita “siempre o casi siempre).

(**) % que señala que le atendieron ese día o al siguiente.

(***) % al que le dieron cita en más de 6 días.

Como era de esperar existe una relación inversa entre el porcentaje de personas a las que atendieron ese mismo día o el siguiente con el número de consultas anuales en el sector privado (que supera el promedio de consultas privadas en el 75% de las CCAA con menor porcentaje de citas en 48 hs, frente al 15,38% en el caso de las que tienen un mayor porcentaje, diferencia significativa $p = 0,022$). Es decir, las mayores demoras en las citaciones favorecen la mayor utilización del sector privado, se podría decir que “expulsan” a la población hacia la privada, porque cuando una persona recibe cita para 4-5-6 y no digamos 11-12 días en AP tiene 3 opciones: esperar a que su problema de salud se solucione espontáneamente o que empeore, acudir a la urgencia (generalmente hospitalaria, que ha crecido un 13,65% entre 2010 y 2016) o, si su economía se lo permite, irse a la medicina privada.

Porcentaje de pacientes que creen haber sufrido un error medico en AP

	% Error AP 2010	% Error AP 2018
Andalucía	8,43	6,8
Aragón	8,48	2,2
Asturias	6,74	5,1
Baleares	7,27	7
Canarias	14,71	9,8
Cantabria	3,49	7,8
C y León	8,06	5,9
CLM	7,09	5,5
Cataluña	13,93	7
CValenciana	10,54	5,7
Extremadura	10,80	4,6

Galicia	6,36	5,2
Madrid	10,41	6,2
Murcia	5,85	8,8
Navarra	8,65	4,2
P Vasco	5,54	2,8
L Rioja	12,51	5,6
Total	9,61	6,2

A lo que respecta a la anterior tabla sobre los errores percibidos por los pacientes, nos encontramos con cifras bastantes bajas en ambos años. Como se puede observar, en la mayoría de comunidades, las cifras han ido decayendo y, por tanto, el error ha sido menor. Los únicos casos por el cual podríamos decir que la situación ha empeorado ha sido en Cantabria (3,49 en 2010/ 7,8 en 2018) y en Murcia (5,85 en 2010/ 8,8 en 2018). Destacar únicamente en el año 2010 los altos valores de Canarias (14,71) y de Cataluña (13,93) en comparación con otras comunidades españolas, con una tendencia claramente menor en el año 2018.

Ahora, en caso de haber tenido una urgencia, los servicios públicos continúan a la cabeza a la hora de decidir a que centro acudir. En el caso de las urgencias de la AP pública, encontramos un incremento sustancial a lo largo de los años. Canarias, Murcia y Andalucía siguen percibiendo a una gran cantidad de pacientes en sus urgencias de AP. En relación a los menores casos en 2010, Madrid y el País Vasco lideran, pero en 2018 estas aumentaron casi en un 10%. Sin embargo, La Rioja y la Comunidad Valenciana disminuyeron sus cifras en urgencias de AP en 2018.

Por otro lado, las urgencias de los hospitales públicos se mantuvieron variables en casi todas las CCAA, siendo de destacar el aumento del País Vasco y La Rioja.

La última vez que tuvo Ud. alguna urgencia, ¿qué tipo de servicio utilizó?

	Urgencias AP publico (2010)	Urgencias Hospital publico (2010)	Urgencias AP publico (2018)	Urgencias de Hospital publico (2018)
Andalucía	45,02	44,28	52,9	39
Aragón	34,07	61,39	39,2	57,7
Asturias	36	44,01	32	44
Baleares	38,59	37,64	43,2	44,2
Canarias	49,24	28,80	77,4	12,6
Cantabria	40,21	51,19	35,2	58,2
C y León	36,79	51,89	34,6	56,3
CLM	42,60	46,74	40	42,9
Cataluña	44,53	39,25	47	40,4
C Valenciana	42,93	44,08	30,6	53,8
Extremadura	39,49	42,98	41,5	44,1
Galicia	29,09	60,91	43,4	46,1

Madrid	26,36	50,02	32,9	56,7
Murcia	46,41	47,49	48,8	45,5
Navarra	34,46	62,20	32,3	54,8
P Vasco	27,55	65,29	37	60,8
L Rioja	42,61	40,76	30,1	58,8
Total	39,49	46,25	42,8	46,2

Respecto a la razón por la que decidió acudir a un servicio de urgencias de un hospital porque no coincidía con el horario del médico o la médica de cabecera (o de familia), hallamos un decrecimiento en comparación a los años 2010 y 2018 en la mayoría de las CCAA. Mientras que La Rioja tiene en gran consideración la consulta del médico/a de cabecera o de familia a lo largo del tiempo, las Islas Baleares y Canarias han reducido su importancia en 2018 (16,5 y 9,8), como también Navarra, cuando esta última en 2010 se encontraba en torno al 71%. Esto puede significar que la tendencia a tomar como primera opción la consulta de AP se ha ido reduciendo con el tiempo, suceso que no debemos dejar que se produzca.

Razón por la que acudió a un servicio de urgencias de un hospital

	% NoCMéd 2010	% NoCMéd 2018
Andalucía	44,05	32,3
Aragón	21,26	18,2
Asturias	20,52	28,6
Baleares	30,32	16,5
Canarias	40,04	9,8
Cantabria	23,37	26,2
C y León	46,52	46,6
CLM	44,90	30,2
Cataluña	32,46	26,3
C Valenciana	43,68	37,3
Extremadura	26,54	35,5
Galicia	53,57	42,3
Madrid	20,68	31,7
Murcia	36,98	39,4
Navarra	71,12	39,5
P Vasco	27,91	42,1
L Rioja	48,21	46,7
Total	36,51	32,5

NoCMéd = Porque no coincidía con el horario del médico o la médica de cabecera (o de familia)

Más adelante, el próximo cuadro que congrega información sobre las actividades preventivas que se recomiendan seguir, haría referencia a la siguiente 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.)?”. Como se observa, habitualmente suele existir una tendencia a dar consejos sobre alimentación y hábitos de vida saludables, con una escasa probabilidad de que aquellos expertos proporcionen consejos de forma constante a sus pacientes. Aquellas CCAA en la que sus profesionales sobre AP suelen aconsejar serían: Castilla y León, Navarra y el País Vasco, superando en ambas variables la media recogida. Por lo cual, como resulta llamativo, la baja tendencia a proporcionarlos, sería necesario favorecer la realización de actividades de prevención y promoción en las consultas de AP para lo que, desde luego es necesario disminuir la presión asistencial y favorecer un mayor tiempo por consulta.

Actividades preventivas

2018	Siempre	Habitualmente
Andalucía	14,7	29,5
Aragón	13,3	39,5
Asturias	23,4	22
Baleares	15,5	36
Canarias	16,6	23,8
Cantabria	12,7	28,8
C y León	16,3	32,6
CLM	17,5	34
Cataluña	14	27,2
C Valenciana	16,5	22,2
Extremadura	8,7	19,7
Galicia	12,3	32,7
Madrid	19,3	22,6
Murcia	13,5	30,5
Navarra	22,5	28,1
P Vasco	19,1	25,5
L Rioja	9,1	29,3
Total	15,8	27,6

IV. Capacidad de resolución

Se ha analizado la capacidad de resolución de la AP en las CCAA, recogiendo la oferta de procedimientos diagnósticos: utilización de test reactivos; técnicas relacionadas con el sistema cardiovascular, aparato visual, ORL y relacionadas con el desarrollo pondoestatural; utilización de escalas diagnósticas y test cualitativos; toma de muestras biológicas y otros.

Se recoge el número total de dichas intervenciones, así como aquellas que requieren de un protocolo establecido, y las que se denominan restringidas que agrupan a las utilizadas de manera parcial (es decir que no se realizan en todos los centros) y/o están restringidas a determinados centros o para determinados casos.

	Total	Protocolo	Restringidos	Total – (R)
Andalucía	34	3	7	27
Aragón	37	3	7	30
Asturias	33	3	4	29
Baleares	38	3	7	31
Canarias	30	3	7	23
Cantabria	29	3	1	26
C y León	37	3	3	34
CLM	31	3	8	23
Cataluña	38	3	0	38
C Valenciana	32	3	0	32
Extremadura	37	3	12	25
Galicia	36	3	8	28
Madrid	39	3	12	27
Murcia	30	3	7	23
Navarra	26	3	0	26
P Vasco	33	3	1	32
L Rioja	23	9	3	20
Media CCAA	33,11	3,35	5,11	27,88

Los resultados recogidos pertenecen a 2012, no habiendo una actualización posterior. En todo caso destacan algunas cuestiones, la primera es que como viene siendo habitual a lo largo de todo el Informe aparece una gran variabilidad entre las distintas CCAA (el total de procedimientos oscila entre 39 de Madrid y 23 de La Rioja), o entre 38 y 20 (Cataluña y La Rioja respectivamente) si tenemos en cuenta solo los que no están restringidos, una ratio máximo/mínimo de 1,69 y de 1,9 respectivamente que no parece estar justificada por ningún criterio epidemiológico; la segunda es que aunque parece deseable que los procedimientos diagnósticos esté sujetos a un protocolo, en general estos se apliquen en pocos casos (menos del 10% excepto en La Rioja que por cierto es la Comunidad Autónoma con menos procedimientos en AP); tercero, la presencia de procedimientos restringidos y/o de uso parcial es difícil de valorar porque probablemente encubre situaciones muy diversas, en todo caso es llamativo su elevado número en Madrid (12), Extremadura (12) y Galicia (8).

V. Conclusiones

1. El gasto dedicado a la AP disminuyó entre 2010 y 2016, tanto en porcentaje sobre el gasto sanitario total como en gasto por habitante y año, con gran variabilidad entre las CCAA, y probablemente esta desatención presupuestaria está en el origen de la precaria situación y el descontento vivido en todo el país sobre la Atención Primaria actual.
2. Hay una gran presión sobre los profesionales de AP que no se ha reducido durante la crisis, cuando la disminución de la población podría haberse aprovechado para acortar significativamente los ratios de población por profesional.
3. Existe una situación especialmente preocupante en el caso de enfermería que tiene una falta de recursos muy importante que habría que intentar paliar de manera urgente. Hay que ser conscientes de que las carencias de personal de enfermería y administrativo acaban suponiendo una sobrecarga de actividades inapropiadas a los profesionales médicos generando problemas importantes (saturación de consultas, poco tiempo de atención efectiva, demoras en las citas, etc.).
4. Se detecta una errónea política en las convocatorias MIR que ha generado falta de especialistas, que parece estarse corrigiendo en esta última convocatoria pero que no tendrá efectos sobre el sistema hasta dentro de 4 años.
5. Hay una gran variabilidad en las dotaciones de profesionales entre las CCAA, llamando la atención los casos de Madrid y Baleares en cuanto a la gran presión de profesionales de medicina y enfermería, que no parecen tener justificación.
6. Se han objetivado elevados porcentajes de profesionales de medicina de familia con cupos superiores a 1.500 (41,49%) e incluso 2.000 personas (2,12%) lo que resulta incompatible con el adecuado funcionamiento de la AP.
7. La ciudadanía sigue eligiendo de manera preferente a la AP pública sobre el sector privado incluso con la crisis.
8. Quienes utilizan la AP pública piensan que la atención percibida ha sido buena o muy buena con un notable hacia la actuación de sus profesionales de AP.
9. Pese a ello, declaran que la AP ha empeorado en los cinco últimos años, debido principalmente a las demoras en las citas que cuestionan seriamente la accesibilidad y la continuidad, señalándolas como la posible principal causa del aumento de las urgencias hospitalarias y del crecimiento de las consultas al médico general privado durante el tiempo indicado.
10. La falta de cita con su médico habitual, es decir la ausencia de continuidad, produce en un 32,5% el acudir a las urgencias hospitalarias.
11. A pesar de que existen grandes facilidades para citarse por Internet, el teléfono (42%) y el propio centro de salud (30%) son los medios más utilizados para obtener cita.
12. La utilización de las urgencias de AP se han incrementado ligeramente durante este periodo y el % de personas que acuden a urgencias hospitalarias permanece estable.

- 13.** Las actividades de promoción son poco utilizadas en la consulta de AP y solo se realizan siempre y/o habitualmente en el 43,4% de los casos.
- 14.** Los medios técnicos a los que tiene acceso desde AP son limitados y sobre todo muy diferentes según las CCAA, aunque los datos homogéneos existentes están poco actualizados
- 15.** Aunque existe una mejor valoración y mejores indicadores de AP en las CCAA con gobiernos de izquierdas solo lo hace de una manera parcial.

En definitiva, la Atención Primaria en España continúa hoy en día desfinanciada, con escaso personal sanitario, con demoras en las citas, insuficientes unidades de apoyo y principalmente es cuestionada por no ser capaz de consumir las necesidades básicas de salud que se requieren satisfacer frente a un sector privado cada vez más presente en la asistencia sanitaria de todos

VI. Recomendaciones

Una. Entendemos que deben de incrementarse notablemente los presupuestos sanitarios para la AP, una cifra que se estima razonable es en torno al 20% del presupuesto sanitario público. Como esta cifra esta muy lejos de la realidad actual debe de realizarse un plan presupuestario para alcanzarla progresivamente. En todo caso seria importante una financiación sanitaria finalista para poder garantizar estos presupuestos destinados a la AP y acabar con la excesiva variabilidad actual.

Dos. Es fundamental disminuir la presión asistencial en la AP, para ello se precisa, aparte de unos mayores presupuestos, un incremento sustancial de las plantillas que establezca un máximo de 1300 TSI para profesionales médicos y de enfermería y de 1.000 para pediatría (por supuesto lo ideal seria establecer unos limites de acuerdo con el perfil de la población: edad, morbilidad, dispersión, etc.).

Tres. A corto plazo debe garantizarse que no existan profesionales médicos y de enfermería con más de 1.500 TSI asignadas.

Cuatro. Deben de ser convocadas todas las plazas de formación MIR acreditadas para pediatría, medicina de familia y enfermería comunitaria, para permitir la existencia de especialistas cualificados en AP

Cinco. Asimismo hay que realizar aumentos en el personal administrativo y el compromiso de recuperar las citaciones desde los centros de salud.

Sexta. La accesibilidad y la continuidad son dos características principales de la AP que hay que garantizar, por lo que habría que asegurar que más del 95% de la demanda se atenderá en 48 horas.

Séptima. La AP debe de recuperar las actividades de promoción y prevención, así como la visita domiciliaria y la atención comunitaria

Octava. Hay que aumentar de manera significativa la capacidad de resolución de la AP y para ello es necesario ampliar y homogeneizar el acceso a técnicas diagnosticas y terapéuticas, y a recursos tecnológicos.

Novena. Hay que restablecer las áreas sanitarias como espacio físico, poblacional donde planificar y asignar recursos y coordinar la actividad de los dos niveles asistenciales en función de las características y necesidades de la población.

Décima. Deben de mejorarse de manera sustancial los mecanismos de coordinación entre la AP y la especializada para mejorar el seguimiento de los problemas de salud de la población

Undécima. Hay que promover el trabajo en equipo, asignando unos roles que garanticen el uso racional y eficiente, así como la atención integral de salud.

Duodécima. La participación comunitaria es una de las premisas para conseguir una AP de calidad al servicio de la población y es indisoluble con la autonomía de gestión

Decimotercera. LA AP debe de tener un mayor protagonismo en el abordaje de los determinantes de salud, de la salud medioambiental y de la salud laboral.

Decimocuarta. Se necesita una mayor transparencia en la información del funcionamiento de la AP, tanto en cuanto a recursos, actividad, calidad y resultados en salud.

***Autores: Fernando Villaverde Espinosa, Carlos Sánchez Fernández,
Marciano Sánchez Bayle
Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública***

VII Bibliografía

- Consulta Interactiva del SNS. Pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es. 2019 (citado el 20 de febrero de 2019). Disponible en: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/Comun/ArbolNodos.aspx?idNodo=6397>
- EGSP Principales resultados 2016. 2016 (citado el 20 de febrero de 2019). Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
- FADSP: La crisis de la Atención Primaria y propuestas estratégicas para afrontarla. Salud 2000, 2019; 155: 13-14
- Federación de sanidad y sectores sociosanitarios CCOO; Estudio de plazas de formación sanitaria especializada 2018 (citado el 20 de febrero de 2019). Disponible en: http://www.sanidad.ccoo.es/comunes/recursos/30/2374891-Estudio_de_plazas_de_formacion_sanitaria_especializada_2018_.pdf
- Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Inclasns.msssi.es. 2019 (citado el 20 de febrero de 2019). Disponible en: <http://inclasns.msssi.es/main.html>
- Memorias e Informes del Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid. 2019 (citado el 20 de febrero de 2019). Disponible en: <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/memorias-e-informes-servicio-madrileno-salud>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Comunidad de Madrid. 2019 (citado el 20 de febrero de 2019). Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/home.htm>
- 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 Atención Primaria española: Situación actual y perspectivas cuarenta años después de Alma-Ata. Laboratorio Alternativas nº 196/2018 (12-04-18) (citado 7 de abril de 2019). Disponible en: <https://www.fundacionalternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/la-atencion-primaria-espanola-situacion-actual-y-perspectivas-cuarenta-anos-despues-de-alma-ata>
- Pozo Robles A: La atención primaria de Astaná, o revisando Alma Atá. Salud 2000 ; 2018; 154: 23-25

- Sánchez Fernández C, Villaverde Espinosa F, Sánchez Bayle M. Los años de la crisis en Atención Primaria. (1) Evolución del gasto sanitario de AP. Acta Sanitaria. 2019 (citado el 7 de abril de 2019) Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/los-anos-de-la-crisis-en-atencion-primaria-1-evolucion-del-gasto-sanitario-de-ap/>
- Sánchez Fernández C, García Espada D , Sánchez Bayle M. Los años de la crisis en Atención Primaria. (2) Recorte en los recursos humanos. Acta Sanitaria. 2019 (citado el 7 de abril de 2019) Disponible en <https://www.actasanitaria.com/los-anos-de-la-crisis-en-atencion-primaria-1-evolucion-del-gasto-sanitario-de-ap/>
- Sánchez Fernández C, Villaverde Espinosa F, Sánchez Bayle M. Los años de la crisis en Atención Primaria. (2) Recorte en los recursos humanos. Acta Sanitaria. 2019 (citado el 7 de abril de 2019) Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/los-anos-de-la-crisis-en-atencion-primaria-2-recorte-en-los-recursos-humanos/>
- Sánchez Fernández C, Villaverde Espinosa F, Sánchez Bayle M. Los años de la crisis en Atención Primaria. (3) La opinión de la población. Acta Sanitaria. 2019 (citado el 7 de abril de 2019) Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/los-anos-de-la-crisis-en-atencion-primaria-3-la-opinion-de-la-poblacion/>
- 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. Atención primaria: 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.
- WHO: Declaration of Astana 2018. (consultado el 8 de abril de 2019). Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
- WHO: Declaration of Alma-Ata 1978 (consultado el 8 de abril de 2019). Disponible en : http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf