

La Atención Primaria española: Situación actual y perspectivas cuarenta años después de Alma-Ata

Luis Palomo Cobos y Marciano Sánchez Bayle

Documento de trabajo 196/2018



La Atención Primaria española: Situación actual y perspectivas cuarenta años después de Alma-Ata

Luis Palomo Cobos y Marciano Sánchez Bayle

Documento de trabajo 196/2018

Luis Palomo Cobos

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Valladolid (1979). Es Doctor por la Universidad de Extremadura, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y diplomado en Salud Pública, en Metodología de la Investigación y en Bioestadística. Lleva más de 38 años trabajando en atención primaria en la provincia de Cáceres. Comprometido con el sistema sanitario público, ha conjugado la actividad clínica con la investigación en atención primaria y en salud pública. Ha publicado más de 100 artículos en revistas científicas. Ha sido Coordinador del Centro de Salud de Coria (Cáceres), Presidente de la Red Española de Atención Primaria (REAP), Jefe de Estudios de la unidad docente de MFyC y Coordinador de Docencia del área de salud de Cáceres. Desde hace 18 años dirige “Salud 2000”, la revista de la FADSP. Actualmente es médico de atención primaria en el Centro de Salud “Zona Centro” y Presidente del Comité Ético de Investigación en Cáceres.

Marciano Sánchez Bayle

Doctor en medicina, especialista en Pediatría y Nefrología. Ha sido jefe de sección de hospitalización de Pediatría del Hospital del Niño Jesús de Madrid. Fundador de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (ADSP) y de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), actualmente es presidente de la ADSP de Madrid y Portavoz de la FADSP. Ha sido presidente de la Internacional Association of Health Policy de la que ahora es vicepresidente. Pertenece a los Consejos científico y deliberativo del Observatorio Iberoamericano de Políticas y Sistemas de Salud, así como al Observatorio Madrileño de Salud y fue director del Observatorio de Políticas de Salud de la Fundación 1 de mayo. Ha escrito varios libros sobre sanidad y política sanitaria, habiendo coordinado además una veintena de libros más y escrito capítulos en otros muchos, el último en 2015: “La Sanidad no se Vende. Manual en Defensa de la Sanidad Pública”. Ha publicado más de un centenar de artículos en revistas científicas de ámbito nacional e internacional y muchos más en prensa periódica.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas.

© Fundación Alternativas

© Luis Palomo Cobos y Marciano Sánchez Bayle

ISBN: 978-84-15860-86-0

Maquetación: Vera López López

Edición: Sergio Torres Pascual

Impreso en papel ecológico 

Contenido

Resumen ejecutivo	6
Introducción	12
1. ¿Dónde reside la fortaleza de la Atención Primaria?	17
1.1. Actualidad de la visión comunitaria de la AP	19
2. ¿Cuáles han sido los logros y cuales las deficiencias de la AP?	22
2.1. La Atención Primaria española de puertas para adentro	28
3. ¿Qué datos y conclusiones han aportado otras evaluaciones de la AP?	38
3.1. Deficiencias estructurales entre CCAA	38
3.2. Diferencias funcionales entre CCAA	41
3.3. Abandono de los planes de mejora de la AP	42
3.4. Sometimiento de los Centros de Salud a las gerencias hospitalarias	43
3.5. Las limitaciones de la Gestión Clínica	44
3.6. Problemas de calidad asistencial y de capacidad resolutive	45
3.7. Barreras de acceso a la AP	45
3.8. Aumento de la irracionalidad asistencial y peligros para la salud	48
3.9. Prestigio mejorable de la AP	48
4. ¿Por donde debe orientar sus mejoras la Atención Primaria del futuro?	52
4.1 ¿Porqué es importante reducir las desigualdades sociosanitarias?	52
4.2. ¿Cómo aumentar el prestigio de la AP?: el mutualismo administrativos	56
4.3. Recuperar la universalidad	59
4.4. Respuesta institucional y respuesta profesional para reforzar la AP	60
4.5. Mejorar la financiación	61
4.6. Adecuar la dotación de personal	66
4.7. Proponer incentivos apropiados en AP	67
4.8. ¿Qué propuestas de cambio en la estructura de la AP se han llevado a cabo?	72
5. La necesidad de propuestas normativas	90
6. Recomendaciones y conclusiones	95
Referencias bibliográficas	99

Índice de tablas y gráficos

107

Siglas y abreviaturas

108

La Atención Primaria española: Situación actual y perspectivas cuarenta años después de Alma-Ata

En adelante la demanda en atención primaria (AP) no será igual que la de los últimos cuarenta años, porque no será igual la morbilidad, ni la demografía, ni la dedicación profesional. En los países europeos, gran parte de los cambios en la demanda de atención sanitaria se han atribuido al envejecimiento de las poblaciones. Si bien el efecto del envejecimiento en la demanda de atención médica es importante, no debe sobreestimarse, porque la tecnología médica es el mayor determinante del gasto sanitario y porque las poblaciones actuales y de un inmediato futuro, además de alcanzar más edad que las generaciones precedentes, llegarán a esas edades avanzadas en mejor estado de salud.

En Europa, los retos más importantes por el lado de la demanda estarán relacionados con la transición epidemiológica y con los efectos indirectos de la evolución demográfica, como la creciente prevalencia de las enfermedades no transmisibles y el aumento de la demanda compleja, como resultado de mayores tasas de multimorbilidad.

La demanda de AP también puede variar como consecuencia del cambio en el papel de los hospitales. Con el apoyo de la innovación tecnológica, las estancias hospitalarias tenderán a ser más cortas y la atención será más compleja en la comunidad.

Es probable que la demanda de atención cambie a medida que los pacientes pasan de beneficiarios relativamente pasivos a consumidores más activos y bien informados. El desarrollo de las capacidades de los pacientes estimulará a las personas a participar activamente en su propia gestión de salud y enfermedad. Esas capacidades, basadas en parte en los nuevos recursos electrónicos y de internet, pueden reducir la asimetría de la información entre profesionales y pacientes.

Los sistemas de atención de la salud, que tradicionalmente están diseñados para manejar episodios agudos de una enfermedad, necesitarán servicios más integrados en los centros de salud y en la comunidad. Por lo tanto, si la AP mantiene una relación

continuada con los pacientes y una orientación hacia la comunidad, incrementando su oferta de servicios y su acceso a medios diagnósticos, puede estar bien posicionada para ampliar sus capacidades asistenciales, para anticiparse a las consecuencias de la creciente sobremedicalización (prevención cuaternaria) y para facilitar servicios preventivos y de promoción de la salud.

Para hacer frente a este posible futuro, la AP española debe reflexionar sobre su misión en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS), reconocer sus limitaciones y proponer soluciones, porque, cuarenta años después de la conferencia de Alma-Ata, de cuyas recomendaciones bebió la reforma de la AP, un análisis desapasionado de lo que ha pasado en estos años identifica los siguientes conflictos:

- Aunque en sus inicios la reforma de la AP recibió críticas desde la derecha política y desde algunas organizaciones profesionales, que llegaron a oponerse a la especialización en medicina de familia o a criticar los sistemas de registro, en la práctica la AP se fue implantando por todos los partidos que se han alternado en el poder autonómico y estatal, con pocas diferencias entre ellos. El modelo reformado de AP se extendió paulatinamente por todo el territorio y, en sus inicios, recibió un fuerte impulso económico. Lamentablemente ese impulso económico ha ido disminuyendo, sobre todo desde finales de los años 90, aunque la AP sigue contando con el aprecio de la población.
- Desde el punto de vista administrativo, son conocidas las ventajas del modelo reformado: se ha racionalizado la oferta asistencial; se trabaja en equipo (más bien en grupo); se comparte la historia clínica; se ha ampliado el horario asistencial; los centros de salud son más accesibles; hay posibilidad de programar la asistencia; se han introducido criterios de gestión en algunos procesos asistenciales; se evalúa la calidad; se contemplan mecanismos de incentivación y han mejorado los sistemas de información.
- Desde el punto de vista de la filosofía de la atención, la AP española es una AP fuerte porque mantiene sólidos atributos: accesibilidad; integralidad; coordinación y continuidad (aunque mejorables) y capacidad anticipatoria, y sus profesionales son polivalentes y manejan con soltura la incertidumbre clínica. Aunque algunos de estos atributos nunca han sido completos por insuficiente protección y apoyo, como la longitudinalidad; o por estar en retroceso, como la accesibilidad (listas de espera).

- Desde el punto de vista ideológico, sin embargo, concebir una AP basada más en la promoción de la salud, en la prevención y en la participación comunitaria que en la resolución de problemas de salud individuales, estaba destinada a frustrar expectativas desde sus inicios, no solo por la falta de respaldo político, sino porque la sociedad española, por el nivel de desarrollo alcanzado y por su alineamiento internacional, estaba abocada a subirse a las corrientes sociales que ya eran dominantes en los países desarrollados: individualismo frente a colectivismo; consumismo creciente, también de servicios asistenciales; fascinación por la tecnología médica y farmacéutica y por sus tótems: los “infalibles” medicamentos de última generación, el hospital como templo y los médicos subespecialistas como sumos sacerdotes. En conjunto, nada que tuviera que ver con la participación comunitaria ni con la prevención.
- La participación comunitaria ha tenido un desarrollo puntual en el espacio e intermitente en el tiempo, limitándose a algunos centros de salud. En cuanto a la prevención, salvo el incuestionable efecto favorable de la legislación antitabaco, las actividades propuestas descansan mayoritariamente en la aplicación de tecnología (radiología, análisis, endoscopias, genética, etc.), más que en esfuerzos reales y sostenidos por favorecer entornos de vida saludables, de manera que los comportamientos más sanos estuvieran más fácilmente disponibles para la mayoría de la población. Al contrario, el paso del tiempo ha demostrado que las opciones más saludables (no fumar, comer sano, hacer ejercicio, etc.) son más fáciles de adoptar por las clases sociales más pudientes y más sanas.
- Los médicos que vivieron e impulsaron la reforma de la AP desde sus inicios han soportado dos fuentes de frustración. Por un lado, el exceso de burocracia y la limitación de medios y de acceso a pruebas diagnósticas ha mermado sus expectativas clínicas. Esto, junto al exceso de pacientes, estuvo en el origen de la protesta más sólida del colectivo, la “Plataforma diez minutos”. Por otro lado, los médicos más inclinados a los aspectos comunitarios de la AP vieron como este discurso carecía de presencia: no estaba presente en la formación MIR, eminentemente clínica y hospitalaria; no era bandera de las sociedades profesionales, divididas y entregadas a la mercadotecnia de congresos y abducidas por la industria farmacéutica, y tampoco era demandada por la sociedad.

Por lo tanto, si la AP quiere ganar el futuro necesitará un contexto administrativo facilitador: flexibilizar la organización, autonomía, financiación, adscripción del funcionariado y de las clases dirigentes, etc.; un contexto normativo: cambios constitucionales, cambios en la legislación laboral, cambios en los sistemas de pago a los profesionales, incentivos, etc., pero, sobre todo necesitará un impulso profesional decidido (profesionalismo renovado) para incrementar su prestigio y para mejorar su eficiencia. El prestigio se gana con comprehensividad (abarcar más competencias), con capacidad técnica y con poder de comunicación. La eficiencia crecerá con la práctica basada en el conocimiento científico más reciente y poderoso de los posibles, con la eliminación de conflictos de intereses y con el rigor ético que proporciona la búsqueda de incentivos implícitos.

La Administración se complace con el papel de la AP, y es la población y, en mayor medida, los profesionales los que reclaman reformas. Sin embargo, ni los ciudadanos organizados ni las asociaciones de profesionales empujan con la fuerza suficiente como para promover el debate de los cambios a introducir.

Cuando los profesionales abandonan el nihilismo y la cultura de la queja, y cuando los profesionales más motivados reclaman, es para pedir: 1/ más financiación; 2/ más autonomía organizativa en los centros de salud: para adecuar su estructura, su funcionamiento y sus prestaciones a las capacidades disponibles y a las características de la población; 3/ cambios normativos que favorezcan la flexibilidad organizativa y la dotación de personal; 4/ más acceso a pruebas diagnósticas y más capacidad resolutoria; 5/ más facilidades en la coordinación con el hospital y con los servicios sociales; 6/ mejoras en los sistemas de información para evaluar discrecionalmente actividad, calidad y resultados; 7/ incentivación de la persecución de la excelencia; 8/ acuerdos con la administración transparentes y revisables, basados en criterios de calidad de la actividad y de los resultados en salud; 9/ estímulos a la formación continuada y a la investigación; 10/ favorecer la participación efectiva de la comunidad.

Algunas de estas propuestas pueden parecer manidas, porque se han reiterado frecuentemente por distintos autores y en distintos foros profesionales y políticos, pero pensamos que siguen teniendo validez, porque el modelo organizativo de la AP española no ha logrado exprimir todas sus posibilidades, y porque, inevitablemente,

las nuevas formas de relación social y de comunicación que acompañan a la generación de profesionales llamada a sustituir a la generación que hizo la reforma, pero que ahora se precipita hacia su jubilación, aportan unos valores que creemos buscan la hegemonía de la AP en el sistema de salud.

Las nuevas generaciones de profesionales de la salud próximas a la AP están imbuidas de otros conceptos sobre el determinismo de los factores que influyen en la salud; disputan consigo mismos y con su formación hospitalocentrista por hacer prevalecer una concepción no medicalizada de la vida cotidiana (sobrediagnóstico, sobretratamiento, sobreprevención); están más abiertos a la interdisciplinariedad; acostumbran a la transversalidad en sus relaciones y a la cooperación; usan las redes sociales y los sistemas de información con fluidez; son críticos con el poder y con las organizaciones profesionales, pero no son sectarios, y se relacionan con la población de un modo más profesional y menos paternalista. Por todo esto, la flexibilidad organizativa y funcional y la mejora de las capacidades de la AP constituyen una tarea inaplazable.

Pero para mantener una AP fuerte es necesario un liderazgo político también fuerte; al menos tan fuerte y decidido como lo fue en los primeros años de la reforma, porque las tensiones en sanidad y las tendencias debilitadoras de la AP también son fuertes. De hecho, en el momento actual, el liderazgo político en AP es débil, o, cuando menos, más débil que el potente liderazgo que ejerce el entramado financiero, económico e industrial que está detrás de las compañías aseguradoras, de la industria farmacéutica y de la alta tecnología médica. Un entramado que basa su penetración en la ausencia de controles para proponer sus medidas políticas y sus productos a través del hospital, y a través de la propaganda en la sociedad y en las sociedades de pacientes, desde donde se diseminan. Una AP fuerte que ejerza con eficacia su papel de puerta de entrada puede ser un obstáculo a estos intereses.

En la práctica, mantener una AP fuerte se basa en el trabajo eficaz de las unidades asistenciales básicas, constituidas, esencialmente, por médico y enfermero. Su actividad de filtro y puerta de entrada en la red asistencial es esencial para favorecer la salud de la población, limitar los efectos adversos de la sobremedicalización y contener los costes. De hecho, las propias entidades proveedoras de asistencia privada se están dando cuenta de la importancia de la labor de filtro del médico de familia,

porque el acceso directo a los médicos especialistas incrementa los costes, disminuye las ganancias y aumenta los efectos perjudiciales de la propia asistencia, la denominada iatrogenia. En un contexto de demanda sin límites, no es infrecuente que se cometan excesos asistenciales, quirúrgicos, diagnósticos, preventivos o terapéuticos y que aparezcan efectos indeseables, incluso muertes, hasta el punto de que para algunos problemas de salud, la sobreutilización de la medicina privada por las clases más pudientes está acarreado en estas clases sociales efectos secundarios indeseables.

Médico y enfermero, en su labor de agentes de la salud de sus pacientes asignados, pueden limitar el efecto de una expropiación progresiva de la salud de éstos. Si no hay una AP fuerte que limite el efecto de las alternativas modernas y disgregadoras que plantean la estrategia de crónicos, la denominada medicina personalizada, la medicina 4P o la denominada medicina de precisión, los pacientes se verán abocados a una atención dispersa y dispensada por múltiples especialistas; basada en actuaciones no presenciales y en *gadgets* tecnológicos, con la excusa de proporcionarles mayor autonomía. Los inconvenientes, riesgos y costes de estas alternativas no compensarán los beneficios en salud. La curva de salud no aumentará su inclinación de manera sustancial y, por el contrario, convertirá a los pacientes en usuarios de cada vez más subespecialidades y artilugios, incrementará las posibilidades de iatrogenia y, sobre todo, incrementará los costes públicos y privados de la asistencia sanitaria, hasta hacerla insostenible.

Introducción

La trayectoria de la AP española a lo largo de los últimos cuarenta años acumula más logros que decepciones.

Si convertimos en imágenes la historia de la AP española, debemos retroceder a finales de los años 70 del siglo pasado para fijarnos en la figura paternalista y amable del médico de cabecera, transportando su maletín de aviso en aviso por las calles de los pueblos, o en la más hosca y envuelta en humo del médico de cupo urbano con dos horas de consulta, o en la del practicante administrando inyectables con agujas reutilizables guardadas en alcohol. Estas figuras empezaron a difuminarse a partir de 1978 por el impulso recibido con la conferencia de Alma Ata, que inspiró las primeras intervenciones en la comunidad. Son conocidos los intentos de modernización y apertura de aquel célebre grupo de médicos que desde 1977 intentó la participación comunitaria en salud en Montánchez (Cáceres), o del grupo de Tirajana en Canarias, o como el informe promovido por el Colegio de Médicos de Barcelona (1), que fueron estímulos a partir de los cuales se produjo el verdadero despegue de una nueva concepción de la AP.

El paso siguiente se cimentó en la reforma de la AP iniciada a comienzos de los años 80 del siglo pasado. La reforma de la AP tuvo un marcado componente épico porque, por un lado, recibió el impulso de la estrategia internacional liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS); por otro lado, a nivel local, coincidió en el tiempo con la reforma política, en lo social, y con el afán de modernización de la sanidad pública, en lo profesional; y, finalmente, vino acompañada de un desarrollo legislativo coherente (RD 137/84), que propició una forma nueva de estructurar la dispensación de servicios (centros de salud) y de funcionamiento profesional (trabajo en equipo, especialidad de medicina de familia y comunitaria).

Ya en 1978, el acuerdo con las Comunidades Autónomas facilitó la ordenación territorial sanitaria (RD 2221/1978, de 25 de agosto), mediante las normas de confección del mapa sanitario, requisito previo para la reestructuración de la AP. En 1980 y 1982 se publicaron los mapas sanitarios de Cataluña y del País Vasco,

respectivamente, con una primera planificación de necesidades y objetivos en cuanto a la red de centros de AP.

La primera transferencia del INSALUD fue a Cataluña, en 1981. A partir de 1982, con la entrada en el gobierno del PSOE, se precipitaron los hechos. En 1983 se modificó el baremo para plazas de Medicina General, incorporando la especialidad de MFyC. Y en 1984, paralelamente a la Jerarquización de las Instituciones Sanitarias Abiertas se publicó el Real Decreto 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud, en el que se establecieron las Zonas de Salud, los Centros de Salud y los Equipos de Atención Primaria. Se modificó el Estatuto Jurídico del personal sanitario no facultativo, creándose la modalidad de Enfermería de Atención Primaria, y en 1986 se aprobó la Ley 14/1986, Ley General de Sanidad (LGS). En paralelo se fueron produciendo transferencias del INSALUD, a Andalucía en 1984, Valencia y País Vasco en 1988 y otras que culminaron a finales de 2001 con las últimas diez Comunidades Autónomas (Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, La Rioja, Madrid y Murcia).

En AP, el nuevo modelo exigió una expansión de medios: plantillas a tiempo completo (ocho horas diarias al comienzo, siete desde 2003), acceso a pruebas diagnósticas, reformas y construcción de nuevos centros, uso de documentación clínica, formación, etc. Se introdujeron nuevos estamentos profesionales en AP, con implantación variable según Comunidades Autónomas (trabajadores sociales, veterinarios, farmacéuticos, epidemiólogos y técnicos en Salud Pública), y se extendió la cobertura asistencial de la Seguridad Social. Las tres cuestiones críticas fueron:

- el paso a trabajo a tiempo completo del médico general (en muchos casos, además, con dedicación exclusiva),
- el establecimiento de la historia clínica y de otros sistemas de registro y
- la capacidad de formar residentes de la especialidad de MFyC y de impartir formación continuada en los Equipos de Atención Primaria.

Una tercera etapa, de estancamiento, se corresponde con las fases de ralentización y cambio de planteamientos de la reforma y comenzó a mitad de la década de los 90, y tiene que ver con las políticas orientadas a abrir al mercado los sectores públicos y con las conclusiones del conocido como informe Abril (Comisión de Análisis y

Evaluación del Sistema Nacional de Salud, 1991)¹. Dicho informe proponía un escenario basado en la racionalidad económica y en el modelo empresarial, con el objetivo de lograr un sistema de salud eficiente. Lo más característico de esta etapa es la aparición de la cartera de servicios y del contrato-programa como instrumentos de gestión, porque se pensaba que el nuevo modelo no había resuelto todos los problemas de la AP, aunque se le reconocían evidentes mejoras. El contrato-programa se concibió como un instrumento de gestión que permitiría en el futuro la descentralización y/o autogestión de los centros de salud, potenciando la atención curativa, relegando las actividades de prevención-promoción y prestando escasa importancia al papel de enfermería, a pesar de haberse señalado su elevada contribución al cumplimiento de la cartera de servicios.

Los Contratos de Gestión de Atención Primaria se introdujeron en 1993, dada la necesidad de relacionar los resultados del sistema con el consumo de recursos (inicialmente se denominaron Contratos Programas). Permitieron negociar anualmente con los gestores responsables y los profesionales, dentro de una intensa dinámica participativa, los objetivos esperados y los recursos asignados. En el último periodo, desde 1998, recogía los siguientes epígrafes: Población, Oferta Asistencial, Financiación, Objetivos y Calidad Asistencial, Coordinación de primaria-especializada, Participación de los profesionales, Contratos de Gestión Asistencial, Incentivación, Formación Continuada e Incapacidad Temporal. La separación de las funciones de financiación y provisión de los servicios sanitarios, iniciada con este Contrato de Gestión de Atención Primaria del INSALUD, posiblemente era el primer paso en el establecimiento de relaciones contractuales entre los responsables de ambas, enmarcadas en las prioridades establecidas en los Planes de Salud de la Comunidad respectiva, así como en la capacidad presupuestaria y los derechos y expectativas de los ciudadanos².

Desde principios de siglo se echan en falta estrategias claras de desarrollo de la AP, en lo que sería una cuarta etapa. La ausencia de propuestas creativas; el adocenamiento profesional, en parte coincidente por el propio envejecimiento de los profesionales; la desilusión por la falta de liderazgo de los gestores; la impotencia

¹ http://www.consorcio.org/media/upload/pdf/docs_norm/resumen_informe_abril.pdf

² Atención Primaria en el INSALUD: diecisiete años de experiencia. Madrid: INSALUD 2002. <http://www.ingesa.mssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/pdf/Completo.pdf>

ante las crecientes demandas de la población, por la medicalización de los problemas sociales y por la conversión de los servicios asistenciales en bienes de consumo ilimitados, conducen al desánimo a buen número de profesionales. Por otra parte los políticos y gestores se quejan de que se dispara el gasto sanitario, los pacientes tardan mucho en recibir la atención que creen necesitar (listas de espera) y los especialistas y los hospitales critican la falta de filtro en la AP.

A nivel social, la situación de la AP se ha visto agravada con la crisis: introducción de copagos en los medicamentos; pérdida de la universalidad de la asistencia (más de 800.000 personas han perdido el derecho a la asistencia sanitaria desde que entró en vigor el RDL/16 de abril de 2012); precarización profesional; descenso del presupuesto; disminución de los puestos de trabajo; fomento de la privatización de las coberturas asistenciales, etc.

En este contexto, las medidas parciales que se han puesto en marcha en varias comunidades autónomas (CCAA), esencialmente para disminuir la carga burocrática de los médicos, seguramente no serán suficientes para devolver a los profesionales el entusiasmo perdido, por el contrario, algunas de ellas pueden poner en riesgo algunos valores esenciales de la AP, como la continuidad asistencial, por ejemplo, y, en cualquier caso, pueden ocasionar agrios debates en los equipos de AP, porque enfrenten competencias entre distintos estamentos profesionales (médicos de refuerzo vs. convencionales) o porque fragmenten y desregulen las estructuras asistenciales (privatizaciones, cooperativas, etc.). Por su parte, la Estrategia AP XXI, impulsada por el Ministerio de Sanidad, era una declaración desmedida de buenas intenciones que se vió superada por los acontecimientos. Las CCAA han adoptando sus propias medidas ante la ausencia de liderazgo político a nivel central, y ante la carencia de un organismo coordinador e impulsor de la planificación y evaluación sanitaria, porque el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud no cumple esta misión.

La OMS insiste en que hay que reforzar los sistemas basados en la AP, cuyos principios continúan vigentes: accesibilidad, longitudinalidad, papel de puerta de entrada en el sistema, cobertura universal en base a las necesidades, equidad en materia de salud, participación comunitaria y enfoque intersectorial (2).

Como veremos a lo largo de este documento, España ocupa los primeros lugares de la clasificación mundial de los sistemas de salud por su calidad y resultados, medidos en carga de enfermedad. La AP española está considerada una AP fuerte en el contexto europeo, de las mejores de Europa. Por lo tanto: ¿cómo explicar que ante tan buena situación sanitaria y de la AP existan tantas críticas y manifestaciones de descontento? ¿Qué pasa en AP para que, aún cumpliendo los postulados de B. Starfield (buenos indicadores de salud, elevado nivel de satisfacción poblacional y bajo coste), surja el descontento profesional?

La hipótesis de este trabajo descansa en la convicción de que para ganar el futuro, la AP tiene que incrementar su prestigio y reducir las desigualdades sociosanitarias; que tiene que ejercer liderazgo en la persecución de la justicia social; que tiene que mejorar su eficiencia social y económica, contribuyendo a la equidad y a la sostenibilidad del gasto sanitario. A lo largo del documento esperamos proporcionar argumentos y líneas de desarrollo para favorecer la contribución de la AP a la reducción de las desigualdades, para adaptar sus estructuras a la flexibilidad que exigen los tiempos y las formas de relación social, y su funcionamiento a la diversidad de las demandas asistenciales, y para seguir obteniendo el reconocimiento de la población y cumpliendo con la proporcionalidad entre presupuesto y resultados asistenciales.

1. ¿Dónde reside la fortaleza de la Atención Primaria?

Desde hace veinticinco años se han acumulado pruebas suficientes que demuestran que la AP es esencial para mejorar la salud de los pueblos; que los países que disponen de una AP fuerte consiguen mejores niveles de salud, mayor satisfacción de la población con su sistema sanitario y menores costes del conjunto de los servicios (3). También se sabe que el nivel de salud es mejor en las zonas con mayor número de médicos de AP; que las personas que reciben cuidados preferentemente de médicos de AP son más saludables y que una buena AP se asocia con mejores indicadores de salud (4).

En Europa, según los estudios del instituto neerlandés NIVEL, los países con mejor AP tienen una población más sana. Una AP fuerte está asociada con una mejor salud de la población, mejor salud autopercebida y menos hospitalizaciones innecesarias. Las personas que sufren enfermedades crónicas que pueden en gran parte ser tratadas en AP (por ejemplo, enfermedad cardíaca isquémica, enfermedad cerebrovascular y asma) pierden menos años de su esperanza de vida total. Ejemplos de países con fuerte atención primaria son Finlandia, Dinamarca, Países Bajos, Portugal, España y el Reino Unido (5).

Los datos proceden del análisis comparado de 99 indicadores, cualitativos y cuantitativos, entre otros: las políticas de salud y la financiación existentes; la organización y las prestaciones de los centros de atención primaria; las condiciones educativas y de trabajo de los profesionales; las condiciones de accesibilidad para los pacientes y la cooperación y la coordinación de la atención entre los trabajadores de la salud. En el estudio se detecta que la infraestructura de información en la mayoría de los países tiene que mejorar para facilitar los análisis comparativos del rendimiento de la AP en Europa (5).

La variable de AP que más se relaciona con la variación de los indicadores de salud es el número de médicos de AP. Se ha notificado que el número de médicos de

AP/10.000 habitantes se relaciona con la mortalidad por todas las causas, con la mortalidad específica por cáncer, enfermedades cardio y cerebrovasculares, con la mortalidad infantil, con el bajo peso al nacer y con la mala salud autopercebida. Ajustando por nivel socioeconómico, también se relaciona con la prevalencia de tabaquismo, de obesidad y del uso del cinturón de seguridad. La asociación es más fuerte con el médico de AP que con el número de pediatras o de médicos internistas. La influencia del número de médicos de AP es tal que incrementos de 1 médico/100.000 habitantes se sigue de descensos de la mortalidad de 0,65/100.000 (4).

Tener un médico de AP asignado durante tiempo (longitudinalidad) se relaciona con descensos de la mortalidad, disminución de niños con bajo peso al nacer y con incrementos en la tasa de vacunaciones, así como mejoras en la calidad de las derivaciones. En España se han constatado descensos en la mortalidad por hipertensión arterial, por accidentes cerebrovasculares y por cáncer de pulmón (6).

Una AP fuerte mejora la cobertura de los cribados, de las tasas de vacunación, de la práctica de estilos de vida saludables y de la percepción de la salud. Los países con buena AP, con políticas públicas que favorecen la cobertura universal y el acceso equitativo, muestran mejores indicadores de mortalidad postneonatal, de bajo peso al nacer, de años de vida perdidos por suicidio y de mortalidad prematura por asma bronquial, por bronquitis, por enfisema, por neumonía y por enfermedad cardiovascular. Además disminuyen los costes totales en salud porque, entre otras cosas, disminuyen las hospitalizaciones. Según Starfield (7), una AP débil incrementa los costes con una correlación $r = 0,61$ ($p < 0,001$).

Para reforzar la contribución positiva de la AP, recientemente se ha publicado un estudio que demuestra la mejora en el panorama sanitario de los Estados Unidos a raíz de la aprobación de la Affordable Care Act impulsada por Obama en 2010 (La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible). Chang *et al.* han medido cómo se han relacionado durante diez años (entre 2001 y 2011) el cambio en el número de médicos de AP y los resultados en salud en los pacientes asegurados en Medicare (8). Con datos agregados de 6.542 áreas de atención primaria de EEUU, calcularon dos medidas de disponibilidad de médicos de AP (generalistas de familia e internistas): la ratio por 10.000 habitantes, según datos de afiliación a la American Medical

Association (AMA), y la ratio de médicos equivalentes a tiempo completo por 10.000 beneficiarios de Medicare (datos de facturación de Medicare). Para medir los resultados emplean mortalidad, ingresos hospitalarios por 12 causas susceptibles de tratamiento ambulatorio (ACSC) y visitas a urgencias. Con una muestra aleatoria del 20% de los beneficiarios de Medicare cada año (más de cinco millones de personas por año), cuantifican la asociación entre dotación de médicos de AP y resultados de salud; ajustan con modelos de regresión de Poisson los factores de riesgo individuales (edad, sexo, raza y enfermedades crónicas) y del área (renta mediana, oferta de recursos de atención especializada). El resultado es que un incremento en un médico de atención primaria por 10.000 habitantes se asocia significativamente a una reducción de 15,1 muertes por 100.000 y de 39,7 ingresos ACSC por 100.000. El aumento de un médico a jornada completa de Medicare por 10.000 asegurados se asocia significativamente a reducciones de 82,8 muertes por 100.000, de 160,8 ingresos ACSC por 100.000 y de 712,3 visitas a urgencias por 100.000 (8).

Los hallazgos sugieren que el refuerzo de la AP mejora la salud de los pacientes, respaldando las propuestas de reforma impulsadas desde la década de 1970 con la AP como base para mejorar los sistemas de salud. Además, los datos apoyan la idea de que el esfuerzo clínico proporcionado por los médicos de AP es tan importante como el número de médicos para obtener mejores resultados y que la magnitud de estos efectos es grande y, sobre todo, que son asociaciones sólidas y que se mantienen en el tiempo.

1.1. Actualidad de la visión comunitaria de la AP

Pronto hará cuarenta años de la declaración de Alma-Ata de 1978 que impulsó la AP de salud. Recordar este hecho ahora no es un acto de romanticismo, porque desde sus inicios aquella declaración fue interpretada con desconfianza por muchos países y por los sectores más neoliberales. La AP de salud se interpretó erróneamente como la prestación de una mala atención a los pobres. También se consideró que se centraba exclusivamente en el primer nivel de atención. Algunos la calificaron de utópica, y otros pensaron que era una amenaza para el cuerpo médico (9).

Para la OMS, con la globalización los sistemas de salud y los programas de salud se han convertido en un mosaico de componentes dispares. Desde una excesiva especialización en los países ricos a los programas impulsados por donantes y centrados en una sola enfermedad de los países pobres. Una gran proporción de los recursos se destina a los servicios curativos, pasando por alto las actividades de prevención y promoción de la salud, que podrían reducir en un 70% la carga de morbilidad a nivel mundial (9). En resumen, los sistemas de salud son injustos, inconexos, ineficientes y menos eficaces de lo que podrían ser. Además, sin una reorientación sustancial es probable que los actuales sistemas de salud se vean desbordados por los crecientes desafíos del envejecimiento de la población, las pandemias de enfermedades crónicas, las nuevas enfermedades emergentes y las repercusiones del cambio climático.

En lugar de reforzar su capacidad de respuesta y prever los nuevos desafíos, los sistemas sanitarios parecen hallarse a la deriva, fijándose una tras otra prioridades a corto plazo, de manera cada vez más fragmentada y sin una idea clara del rumbo a seguir, se señalaba en el Informe sobre la salud en el mundo 2008, titulado “La atención primaria de salud, más necesaria que nunca” (9).

Por eso la OMS sigue apostando por los valores de la AP:

1/ La **cobertura universal**, para que los sistemas sean equitativos y eficientes y todas las personas tengan acceso a la atención de salud de acuerdo con sus necesidades e independientemente de su capacidad de pago. Si carecen de dicho acceso, las desigualdades en materia de salud producen décadas de diferencias en la esperanza de vida, no sólo entre países, sino dentro de los países.

2/ Los **servicios centrados en las personas**, para que los sistemas de salud pueden responder mejor a las necesidades de las personas a través de puntos de prestación de servicios integrados en las comunidades. A este respecto, han resultado exitosas las experiencias de Irán, de Nueva Zelanda, de Brasil o de Cuba, por poner algunos ejemplos.

3/ Las **políticas públicas saludables**, porque la biología no explica por sí sola la diferencia de 27 años de longevidad entre los barrios ricos y pobres de Glasgow, por ejemplo. Como gran parte de lo que afecta a la salud se halla en gran medida fuera de la esfera de influencia del sector sanitario, es preciso integrar ampliamente un enfoque de “la salud en todas las políticas” en todos los

gobiernos. Ello exigirá modificar los cálculos políticos, ya que algunos de las mayores mejoras de la salud pueden lograrse por medio de programas de desarrollo desde la primera infancia y la educación de las mujeres, pero es poco probable que estos beneficios se hagan realidad durante el o los mandatos de un único político; y

4/ El **liderazgo**, porque los actuales sistemas de salud no se encaminan de forma natural a modelos más equitativos, eficientes (que funcionen mejor) y eficaces (que alcancen sus objetivos). Así pues, más que mandar y controlar, el liderazgo tiene que negociar y dirigir. Todos los componentes de la sociedad –incluidos los que tradicionalmente no intervienen en la salud– tienen que participar, incluso la sociedad civil, el sector privado, las comunidades y el sector empresarial. Los responsables de la salud deben garantizar que los grupos vulnerables tengan una plataforma para expresar sus necesidades y que se preste atención a estas peticiones. Para asumir un liderazgo sensato es necesario saber lo que funciona. Sin embargo, la investigación sobre sistemas de salud es una esfera que a menudo recibe financiación insuficiente. En los Estados Unidos de América, por ejemplo, tan sólo se dedica el 0,1% del gasto del presupuesto nacional en materia de salud a la investigación sobre sistemas de salud. No obstante, la investigación es necesaria para generar las mejores pruebas científicas que sirvan de base para tomar decisiones de salud.

2. **¿Cuáles han sido los logros y cuáles las deficiencias de la Atención Primaria?**

El SNS español tiene una calidad contrastada, es eficiente y es sostenible. En las clasificaciones de eficiencia y calidad que se publican a nivel internacional siempre ocupa los primeros lugares.

En 2016, The Lancet publicó los resultados de la medición de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud en 188 países, mediante un análisis de la carga mundial de enfermedad en 2015. El análisis ponía de relieve la importancia de aumentar la financiación de la salud y de la educación y disminuir la fecundidad como motores de la mejora de la salud, y situaba a España en séptimo lugar, en realidad en el 5º, con los mismos puntos que el Reino Unido y Finlandia, y por detrás de Islandia, Singapur, Suecia y Andorra (10).

Los indicadores relacionados con la salud que se compararon fueron, entre otros, mortalidad desagregada por edad y neonatal y sus causas: enfermedades maternas, cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas, lesiones en la carretera, suicidios, mortalidad por catástrofes naturales, lesiones por violencia individual y colectiva o por intervención policial. En la morbilidad se contabilizaron la incidencia de enfermedades (VIH, malaria, tuberculosis y hepatitis B) y la prevalencia de enfermedades tropicales olvidadas.

La evaluación comparativa del riesgo de carga de enfermedad incluyó la medición de la prevalencia de la exposición a indicadores de desarrollo relacionados con la salud, como: menores de 5 años con retraso del crecimiento, con desnutrición o con sobrepeso; tabaquismo; abuso de alcohol; violencia de pareja; agua no potable, falta de saneamiento e higiene; y contaminación ambiental.

También se tuvieron en cuenta las coberturas vacunales totales y las coberturas vacunales según series cronológicas entre 1990-2015, las tasas de anticoncepción en mujeres en edad reproductiva, la natalidad en adolescentes, el acceso a una cobertura

universal asistencial, o una miscelánea de indicadores como la tasa de detección de infección tuberculosa y el uso de antirretrovirales.

Como se comprende, muchos de estos indicadores son sensibles a las políticas públicas de salud (saneamiento, prevención de accidentes de tráfico, etc.) y a la intervención de la AP, como por ejemplo las estrategias de vacunación o la prevención de prácticas de riesgo, de ahí la importancia de una AP fuerte y de la aplicación constante de políticas públicas de salud.

Las políticas públicas de salud deficientes en temas como el consumo de alcohol y, en menor medida, sobre el tabaquismo, la obesidad infantil, el VIH y el abuso sexual a menores de 18 años, han hecho caer a España en la clasificación de los países por su carga de enfermedad del puesto 7 al 23, según la última evaluación publicada en *The Lancet* (11).

También en 2016 se publicó el Bloomberg Health Care Efficiency Index, que mide la eficiencia de los sistemas sanitarios bajo tres parámetros: esperanza de vida, gasto en salud *per cápita* y peso relativo del gasto sanitario sobre el PIB y, de los 55 países que aparecen en el *ranking*, España figuraba en el tercer lugar (12).

En 2017, *The Lancet* publicaba una clasificación de 195 países según un índice de calidad de acceso a los servicios sanitarios (HAQ). España estaba en el 8º puesto. En realidad el 4º con igualdad de puntos que Suecia, Noruega, Australia y Finlandia (90 puntos sobre 100), y mejor todavía si tenemos en cuenta que el primer país clasificado es Andorra, cuyo tamaño y escasa población (menos de 100.000 habitantes) lo hacen poco comparable con el resto (13).

En el artículo se recoge la evolución desde 1990 hasta 2015 de una gran variedad de indicadores que incluyen el gasto sanitario *per capita*, la densidad de profesionales, enfermedades y mortalidad evitables, cobertura poblacional, y otros indicadores de carga global de enfermedad y factores de riesgo que configuran una escala del HAQ de 0 a 100, y cuyos resultados oscilan desde 95 (Andorra) a 29 (República Centroafricana).

Este índice, que mide la calidad del acceso a los servicios de salud, constituye una medida resumida relevante para analizar las políticas de acceso y la calidad de la atención médica personal. El índice HAQ mejora la medición en el acceso y la calidad de los cuidados porque ajusta sistemáticamente los sesgos de la certificación de la muerte y de la clasificación errónea; normaliza el riesgo de las tasas de mortalidad en todos los países y la identificación de las dimensiones comunes de acceso y de calidad sanitaria. A escala mundial, la mayoría de los países y territorios registraron progresos en el acceso y la calidad de la atención personal de 1990 a 2015, sin embargo, muchos todavía están en niveles muy por debajo de lo que lograron otros países en un estado de desarrollo similar. El índice HAQ proporciona una base sólida para evaluar el progreso hacia un mejor acceso y a una atención personal de salud de mayor calidad, así como para conocer la cantidad de recursos destinados para alcanzar estos objetivos.

Por otro lado, hemos comprobado que existe una relación directa entre gasto sanitario público y modelo de servicios sanitarios públicos con la calidad de la atención sanitaria. Se comprueba analizando los valores HAQ de los 35 países de la OCDE, a priori más homogéneos entre sí, comparándolos con el gasto sanitario total, el gasto sanitario público, el gasto de bolsillo (lo que pagan los ciudadanos directamente para acceder a los servicios sanitarios públicos y/o privados) y con el modelo sanitario de los países (SNS *versus* modelos de seguros y/o privados).

Si se analiza la relación del índice HAQ con las otras variables mediante análisis multivariante, se comprueba que existe una relación lineal significativa con el modelo sanitario (4,32 puntos más en el índice HAQ en los países con modelos de SNS), y con el gasto sanitario público *per capita* medido en \$ en poder paritario de compra: 0,2 puntos más en el índice HAQ por cada aumento de 100 \$ ppp. (14).

Gran parte de las calidades, de la eficiencia y del prestigio social de los servicios sanitarios públicos se basa en la fortaleza de su AP. Según el último análisis del Instituto danés NIVEL, España tiene una AP fuerte, en términos de accesibilidad, de recursos administrativos, de continuidad y de coordinación, equiparable a la de los países del norte de Europa, del Reino Unido y de Portugal (15).

Teniendo en cuenta las dimensiones consideradas en este amplio y documentado informe, en el que se analizan medidas de recursos (condiciones económicas, gobernanza, desarrollo), mediciones del proceso asistencial (acceso a la AP, cantidad de servicios prestados, continuidad de la atención, coordinación), y de los resultados, en términos de eficiencia, calidad y equidad, España ocupa los primeros puestos en la mayoría de las dimensiones.

En lo que a disponer de una gobernanza sólida se refiere, ocupa el segundo lugar tras Holanda, en este orden: Holanda, España, Reino Unido, Portugal, Italia, Dinamarca, Noruega, Eslovenia, Rumania, Estonia y Lituania.

Teniendo en cuenta el desempeño de cada país en todos los indicadores de condiciones económicas, España ocupa el segundo lugar tras el Reino Unido, y le siguen Bélgica, Holanda, Finlandia, Eslovenia y Alemania.

Las características de los profesionales de la salud, tercera dimensión de la estructura, muestra el perfil de los profesionales que prestan servicios de AP y su posición en el sistema de salud. Elementos importantes son, por ejemplo, el tipo de trabajadores de la salud que participan en la AP; su género y estructura de edad; y su reconocimiento profesional entre otras profesiones (médicas). La disponibilidad y calidad de los sistemas de formación profesional, el mantenimiento de una profesión atractiva y la retención de los trabajadores. En este caso, España ocupa el puesto 7, tras Reino Unido, Holanda, Dinamarca, Portugal, Finlandia e Irlanda.

En el proceso asistencial se tienen en cuenta la ausencia de barreras económicas al acceso y la accesibilidad en general; la variedad en los tipos de contacto (consulta, domicilio, teléfono...); la disponibilidad del servicio y un adecuado número y distribución de profesionales. España ocupa el tercer lugar tras Eslovenia y Dinamarca.

En el conjunto de las dimensiones que miden la continuidad de la atención, España ocupa el segundo lugar tras Dinamarca.

En cuanto a la coordinación entre niveles asistenciales y al papel de filtro, España ocupa el puesto noveno, tras Suecia, Holanda, Lituania, Dinamarca, Grecia, Polonia, Reino Unido y Eslovenia.

En relación a la variedad de servicios prestados (comprehensividad), cuanto más amplia es la gama de servicios que se ofrecen a los pacientes en AP, menor es la dependencia de los servicios de atención secundaria. Las posibilidades de prestar más servicios están relacionadas con la disponibilidad de equipos médicos en las consultas de AP, o con la facilidad para acceder a exploraciones propias del ámbito del hospital. España ocupa el sexto lugar tras Lituania, Noruega, Bulgaria, Bélgica y Reino Unido. La puntuación conjunta para medir la fortaleza del proceso de la AP en términos de acceso, continuidad, coordinación y exhaustividad de la atención, refleja que Reino Unido, Holanda y España tienen una orientación hacia la AP relativamente fuerte en todas las dimensiones del proceso. Los países donde la fortaleza es media serían Estonia, Lituania y Portugal, y en menor grado la República Checa, Finlandia y Polonia.

Para determinar el grado de eficiencia de la AP, relacionaron las tres dimensiones de la estructura y las cuatro dimensiones del proceso de la AP, y también la relación entre las cuatro dimensiones del proceso y la calidad de la atención.

La comparación entre la fortaleza del sistema de AP de los países y su relativa eficiencia (en la organización de la AP en su conjunto) mostró que algunos de los países con fuerte AP no están entre los sistemas más eficientes en términos relativos. Sólo unos pocos países con un sistema de AP relativamente sólido también fueron relativamente eficientes: Países Bajos, Portugal, Finlandia, Lituania y Estonia. En contraste, había países con un sistema de AP relativamente débil pero bastante eficientes: Luxemburgo, Bulgaria y Hungría. Este hallazgo sugiere que maximizar las funciones propias de la AP sin tener en cuenta la coherencia dentro del sistema sanitario no es suficiente si los diseñadores de políticas buscan lograr tanto la eficiencia como una AP fuerte. En general, los resultados sugieren que, para mejorar la eficiencia de la AP, es importante centrarse en el fortalecimiento del acceso y la coordinación de la atención y en los recursos económicos disponibles para la AP. Sin embargo, si los responsables políticos fortalecen todos los aspectos de la estructura y

el proceso de AP, esto, por sí solo, no necesariamente aumentará la eficiencia del sistema general de atención de la salud.

Esto nos lleva a considerar el papel de la riqueza, la cultura, el tipo de sistema de salud y la política. En Europa, los países más ricos tienden a tener una estructura de AP más débil y menos accesibilidad de los servicios de AP en comparación con los países menos ricos (con excepciones, como Dinamarca, Holanda o Reino Unido). Por su parte, los países en transición de Europa del Este han utilizado su crecimiento de la renta nacional para fortalecer la accesibilidad y la continuidad de la AP. Los países que han sido gobernados por un gobierno predominantemente de izquierda en los últimos años tienen una estructura de AP más fuerte, más accesibilidad y coordinación de la AP. Algo que se constató también en nuestras CCAA hasta el año 2008 (15), si bien la evolución posterior, coincidiendo con la crisis, ha sido de deterioro también en CCAA de izquierdas (Andalucía, por ejemplo). También se encontró que los países con un sistema basado en la seguridad social tienen menor accesibilidad y continuidad de la AP que los países basados en SNS.

Los valores culturales afectan todos los aspectos de la AP. Los valores culturales se refieren a la responsabilidad gubernamental para distribuir el bienestar (en contraposición a la responsabilidad individual); la preferencia por la atención familiar sobre la utilización de la atención profesional; y valores sobre el impacto de la ciencia y la tecnología en la salud. La combinación de resultados en los tres valores mostró que estos valores afectan tanto la estructura de AP como la prestación de servicios de AP. De aquí que las circunstancias y valores que prevalecen en cada país deban tenerse en cuenta.

Así pues, los países con una AP relativamente sólida tienen mejores resultados en el sistema general de salud en comparación con los países con una AP relativamente débil. Kringos *et al.* (15, 17) evaluaron estas relaciones comparando cinco dimensiones de la AP (estructura, accesibilidad, continuidad, coordinación y comprehensividad) y los indicadores clave del desempeño del sistema de atención de la salud: gasto en atención médica, calidad de atención percibida por el paciente, hospitalizaciones potencialmente evitables, salud de la población y desigualdad socioeconómica. El resultado es que la fuerte AP en Europa está positivamente asociada con la mejora de la salud de la población, con la reducción de las

desigualdades socioeconómicas en salud y con la evitación de hospitalizaciones potencialmente innecesarias.

2.1. La Atención Primaria española de puertas para adentro

Como hemos visto, la AP española sale bien librada en las comparaciones con la AP de los países europeos. Sin embargo, como es lógico por otra parte, las evaluaciones que se han realizado dentro de España son bastante más autocríticas y, aunque se resaltan los indudables avances del modelo de AP reformado, también se pone el acento sobre las deficiencias y sobre aquello que se ha perdido la oportunidad de mejorar, o que podría ser mejorado todavía, con voluntad política (la financiación), con impulso profesional (el funcionamiento de los equipos) y con refuerzo de la legitimidad social (incorporación del mutualismo administrativo).

Aunque hay dificultades para evaluar *sensu stricto* la reforma de la AP, por la ausencia de objetivos mensurables, y por la falta, e inconsistencia, de indicadores apropiados, la reforma de la AP, con sus aciertos y errores, merece un aprobado, pues ha contribuido a mantener la solidaridad del sistema y un nivel definido de servicios, y ha mejorado la estructura material y la capacidad de resolución de problemas. Destacan cuatro aciertos: el establecimiento de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC), el aumento de los recursos materiales para la AP, la implantación del trabajo a tiempo completo, y el establecimiento regular de los registros, básicamente de la historia clínica (18).

Ha habido diferencias en el ritmo y en la intensidad del desarrollo de la AP según la orientación política de los gobiernos autonómicos. Teniendo en cuenta indicadores de oferta de servicios, de capacidad resolutoria diagnóstica y terapéutica, del acceso a pruebas diagnósticas del segundo nivel asistencial, de accesibilidad y relación médico-paciente, de eficacia y de eficiencia, de gasto público en AP y de calidad percibida por los usuarios, en 2008 las CCAA con gobiernos considerados progresistas obtuvieron una mejor puntuación que las gobernadas por partidos conservadores. Las principales diferencias se observaron en el porcentaje de cupos de médicos afectados por la masificación (más de 1.500 habitantes por médico de familia, con un 27,4% de diferencia); en la limitación en el acceso a pruebas diagnósticas desde los servicios de AP (25,3%); en la oferta de servicios de AP

(17,1%); en el personal de enfermería por habitante (10,9%); en el incremento del gasto farmacéutico (10,9%); en el gasto *per cápita* en AP (10,3%), y en el porcentaje de personas que consideraban que la AP había mejorado. Mediante la ponderación por cuartiles, las diferencias de puntuación obtenidas por las CCAA oscilaban entre un máximo de 46 (Aragón) y un mínimo de 26 (Canarias), con una media de las CCAA de 39,94. Es decir, seis años después de realizarse las transferencias sanitarias, se constataban diferencias en el desarrollo de la AP, con mayores deficiencias en las CCAA conservadoras (16).

A pesar de estas diferencias, las estrategias políticas de distintos colores políticos apostaron decididamente por la extensión de la reforma de la AP y por su modelo estructural de centro de salud y funcional de Equipo de Atención Primaria (EAP); estrategias que se mantuvieron a pesar de las alternancias políticas y de los distintos ritmos de las transferencias autonómicas, y a pesar de los cantos neoliberales privatizadores y desreguladores de moda en el contexto nacional e internacional.

La reforma de la AP española iniciada en 1984 fue una reforma del sistema sanitario público, no una revolución, pues aprovechó la estructura y organización previa para introducir los cambios que pedía la sociedad de los años ochenta. Se mantuvieron los pilares básicos previos, como el cupo de pacientes y la función de filtro del médico general.

Como resultado de esta acción política homogénea, en el 2005 prácticamente el 100% de la población era atendida en el primer nivel asistencial por médicos que trabajaban en centros de salud. Esta situación tuvo aspectos ventajosos (equiparación de servicios entre el medio rural y el urbano, por ejemplo) e inconvenientes (excesiva uniformidad en la oferta de la AP, y graves limitaciones en la innovación, por ejemplo).

Los EAP de los centros de salud cuentan con mejor dotación instrumental, y han ampliado y diversificado la oferta asistencial. No se cuenta con un sistema uniforme de mejora de la calidad, aunque se ha logrado el uso sistemático de la historia clínica, y se han ensayado formas de fomento de su mejor uso (con fracaso evidente de la evaluación de la cartera de servicios).

La dotación de profesionales (sobre todo en número de médicos) se vio desbordada por el incremento de la población protegida, por el envejecimiento, por la inmigración y por el aumento y diversidad de las demandas de todo tipo (medicalización de la vida diaria), y, desde los años de la crisis, por la pérdida de puestos de trabajo y la precarización del empleo.

Al aumento de la demanda hay que añadir una parálisis de la oferta, no sólo respecto al personal, como demuestra el mantenimiento del porcentaje del presupuesto dedicado a la atención hospitalaria, lo que conlleva insuficiencias de la AP pública que contribuyen a la desidia y al uso de servicios privados por las clases altas, y por los funcionarios.

La AP española ha sido capaz de superar las dificultades para responder con una oferta limitada a una demanda creciente, como se demuestra tanto en comparación con otros países, como en las encuestas de opinión de nuestros ciudadanos, pues la AP logra el aprecio de la población y el reconocimiento internacional.

En la práctica, el éxito de la AP parece debido, en gran medida, a un sobreesfuerzo de los profesionales y a su elevada temporalidad y bajo nivel salarial en comparación con otros países europeos, lo cual ha permitido compensar los defectos del sistema, las deficiencias estructurales y la ausencia de liderazgo en los niveles de gestión y de organización profesional. Dicho esfuerzo se sostiene por la vocación de los profesionales, de dedicación al enfermo, a pesar de todas las dificultades.

Los profesionales de AP que se entusiasmaron inicialmente con la reforma envejecen y se desilusionan cuando no reciben recompensas ni estímulos. Ello se aplica a los “viejos” profesionales, pero también a las nuevas promociones, por el endurecimiento del ejercicio profesional (las relaciones personales médico-paciente pierden afectuosidad, se tecnifican, el arte pierde peso frente a la tecnología; el “esperar y ver” pierde terreno frente al instrumento y a la prisa; el umbral del sufrimiento cada vez es menor, las gerencias renuncian al liderazgo, etc.) y plantea dudas sobre las expectativas del ejercicio profesional a largo plazo.

En cuanto a los errores, habría que señalar la rigidez del sistema, la burocracia creciente, el trabajo despersonalizado, la falta de autonomía, autoridad y

responsabilidad del médico, y la ausencia de definición de papeles de los profesionales y de los objetivos de la AP.

Otras deficiencias no suficientemente resueltas son la ausencia de definición del papel de la enfermería, lo que dificulta las relaciones en los equipos de AP y priva a la población de calidad en servicios necesarios, como la atención a domicilio de crónicos dependientes, y la muy deficiente coordinación entre primaria y especializada, entre la asistencia clínica y la social, y entre médicos de cabecera y farmacéuticos comunitarios. Este problema se debe a que la reforma ignoró los aspectos de mejora de coordinación, al centrarse en la mejora de la resolución de problemas en el nivel de la AP.

También la ausencia de una carrera profesional en AP hace que falten estímulos para incentivar y dignificar la medicina general. Se echa en falta actuaciones más decididas, a pesar de que se cuenta con información suficiente para la acción. Así, ni se adecuan las plantillas y actividades profesionales a las necesidades de la población, ni se discrimina adecuadamente a los profesionales.

A pesar de ser la principal salida laboral de medicina y con un ejercicio profesional bien diferenciado, a la AP le falta el poder y la presencia necesarios en las universidades (y en los colegios oficiales españoles).

La formación (postgrado y continuada) y la investigación desarrollada en AP son altruistas y escasamente organizadas, lo que condiciona su calidad, y generalización. Falta un plan nacional que las potencie con recursos suficientes y regulares, y con objetivos realistas y pragmáticos.

La AP corre el riesgo global del sistema sanitario español, de falta de cohesión y coordinación. Falta un sistema de información homogéneo y compatible, y hay ya diferencias notables, difíciles de explicar; por ejemplo, respecto a los ingresos de los médicos.

Otro déficit importante se produce por la ausencia de perspectivas, conocimientos y competencias sobre la salud laboral, incluyendo las regulaciones de IT, así como la falta de conexión, de coordinación y de traslados de información. Los problemas de

salud relacionados con la actividad laboral son uno de los determinantes de la salud más relevantes en la población activa. Una AP de espaldas a la salud laboral tendrá siempre un agujero en la comprensión y en el abordaje de la salud de las personas.

La politización es otro error. Los gerentes han dependido, y dependen, en exceso del político de turno, lo que disminuye su profesionalización y su capacidad de acción.

Y, entre los errores, por ineficiencia del conjunto del sistema y no sólo de la AP, destacar que la reforma no ha logrado una mejora sustancial de la calidad y cantidad de la prescripción farmacéutica, donde queda mucho por hacer (18).

2.1.1 La Estrategia Atención Primaria XXI

Para mantener una evaluación de la AP, la Estrategia AP XXI fue una iniciativa bien intencionada del Ministerio, que se puso en marcha en el año 2005³. La propuesta fue la respuesta a una creciente situación de desencanto y malestar profesional que aglutinó la Plataforma “10 minutos”, un movimiento que tuvo bastante repercusión mediática y que fue un revulsivo en el adormecido acontecer de los centros de salud. Sin embargo, la Estrategia AP XXI no se acompañó del impulso y liderazgo político necesario en una situación descentralizada de competencias, donde cada autonomía gobierna estos asuntos de la sanidad con criterios, intenciones y compromisos muy variables.

La evaluación de la estrategia⁴, fue un documento plagado de información variopinta suministrada por cada autonomía, información que ha servido para esta evaluación, pero que podría servir para otros fines (datos de morbilidad, etc.), y que muestra las líneas planas de algunos indicadores importantes, por ejemplo, en porcentaje de gasto público en AP (en torno al 14 %), o en población asignada/médico (en torno a 1.400), pero que no analiza en detalle las diferencias entre comunidades y las relaciones de esas diferencias con las políticas públicas de salud.

Si la estrategia AP XXI pretendía transformar la AP en agencia de salud de los ciudadanos, en la práctica no lo ha logrado. No ha mejorado la accesibilidad, y el contacto con los ciudadanos es individual y clínico. Los horarios asistenciales suelen

³ <http://www.simeg.org/AP/191006estrategiasAP.pdf>

⁴ <http://www.elmedicointeractivo.com/docs/documentos/INFORMEAP22010.pdf>

ser rígidos; el tipo de trabajo funcional sujeto a horario fijo; las listas de espera en AP cada vez afectan a más cupos médicos y la libertad de elección está limitada por la sobrecarga de cupos. La libranza del día siguiente a la guardia, que puede parecer un logro para los profesionales, para los pacientes significa que hasta en el 33% de los días de consulta no encuentran en la misma a su médico y/o su enfermero habituales, que poco a poco van dejando de serlo. Además se incrementa el gasto en recetas, en pruebas, en derivaciones, en IT, y, sobre todo, aumenta el descontento entre los pacientes crónicos, que tienden a repetir la cita.

Si se pretendía mejorar la accesibilidad, los progresos afectan a la cita electrónica, aunque es de pago (teléfono 902) y presenta dificultades para las personas mayores, que no aprovechan éstas y otras innovaciones informáticas.

Si se pretendía adecuar los recursos y garantizar la no existencia de listas de espera, los criterios de distribución de cargas de trabajo se reducen al criterio de 1.500 usuarios/ cupo médico, sin tener en cuenta datos demográficos, el dinamismo de las poblaciones, datos socio-económicos o de frecuentación. Por lo tanto, no hay clasificación de pacientes según consumo de recursos, según tiempos de atención, según protocolos y guías o según competencias y funciones profesionales más apropiadas para atenderlos.

Sí que ha habido avances en las funciones administrativas de los centros de salud. Suele haber un responsable de funciones administrativas y la telemática ayuda en las tareas burocráticas. Existen varios documentos que proponen medidas reguladoras de la burocracia, tanto de servicios de salud autonómicos, como de sociedades científicas. Algunas de esas medidas afectan a varias consejerías o precisan modificaciones en los roles profesionales de los equipos de AP, lo cual dificulta su implantación.

En cuanto a mejorar la imagen de la AP como sistema de calidad que mejora los problemas de salud de los ciudadanos, se están desarrollando estrategias de *marketing* muy costosas que vienen desde la administración (guías de derechos y deberes, cartelería, etc.); no ha habido participación de los ciudadanos en esa estrategia y no se incluye en los objetivos de calidad la evaluación de resultados en salud. En la práctica, la evaluación se reduce a las encuestas de satisfacción. El impulso a la

participación ciudadana se reduce a la constitución de consejos de salud en algunos centros. La actividad de estos consejos se concreta en un número de reuniones pactadas; no hay responsabilidad política ni coordinación con la actividad distrital o municipal; no hay ningún modelo de liderazgo, de forma que no se transmite credibilidad en este modelo de participación y, sobre todo, su papel es meramente consultivo, sin ningún carácter decisorio.

Apenas se ha avanzado en potenciar la autonomía de los ciudadanos y en la promoción de los autocuidados y la prevención de la medicalización. La cartera de servicios se establece sin tener en cuenta a los profesionales y sin reciprocidad con la población, aunque se reconocen mejoras en la incorporación de actividades asistenciales a la AP, como el control de la anticoagulación, las retinografías, doppler, ecografías, etc.

Las actividades de prevención y promoción no están estimuladas. La informatización, la telemedicina, incluso la docencia MIR, han impulsado la calidad de la atención en el medio rural.

En cuanto a la capacidad resolutoria de la AP, aparte de las mejoras apuntadas anteriormente, sigue habiendo demoras diagnósticas importantes, listas elevadas para determinadas exploraciones, exploraciones vetadas a la solicitud directa desde AP, y guías y protocolos inoperantes entre AP y el hospital. Las mejoras en las tecnologías de la información permiten el acceso desde AP a pruebas exploratorias e informes de alta. La historia clínica informatizada común va camino de ser una realidad, pero nunca será una panacea.

Los procedimientos administrativos en manos de los profesionales, como la receta electrónica o la expedición de partes de incapacidad temporal (IT), han reducido la carga burocrática de las consultas, aunque, en muchos sentidos, los médicos de AP son el “secretario de oro” de los médicos hospitalarios.

En las patologías crónicas, se ha mejorado su control mediante protocolización y la implicación de enfermería, aunque sus resultados en salud no son bien conocidos y los aspectos rehabilitadores y sociosanitarios se incorporan de manera débil y difusa. Se

aprecia un estímulo al control de pacientes polimedicados y ninguno para incorporar a los farmacéuticos comunitarios en tareas de atención farmacéutica.

Las guías clínicas para mejorar la práctica se impulsan de manera desordenada, con poca intensidad y esporádicamente. Carecen de seguimiento y la falta de fe generalizada sobre sus cualidades las convierte en ineficaces al poco tiempo de su aparición.

Los programas de uso racional de medicamentos se impulsan con distinta intensidad según áreas de salud y gerencias, frecuentemente apoyados en formación y en publicaciones y hojas de evaluación de medicamentos. En general se vinculan a mejoras en la calidad y a descensos en la cantidad. La preocupación institucional por el incremento del gasto farmacéutico ha conducido a incentivos económicos para los prescriptores que cumplan con objetivos de contención del gasto.

No se evalúan ni se difunden resultados en salud; los profesionales tienen dificultades para obtener datos de su actividad asistencial y apenas se ha avanzado en promover sistemas de referencia de medición de resultados.

La continuidad asistencial entre AP y hospital sigue siendo una quimera. No hay objetivos comunes, no hay coordinación efectiva, no hay actividades mixtas de formación sobre áreas transversales ni sobre investigación, no hay indicadores comunes medibles y comparables. Las actividades de salud pública parece que se diluyen y pierden peso y prestigio, reduciéndose a la vigilancia epidemiológica y a las alarmas sanitarias. Pareciera que los médicos hospitalarios se sienten poco comprometidos por los objetivos del Sistema Nacional de Salud.

En la atención a urgencias, no hay un plan de “contención” de urgencias dirigida a los ciudadanos, entendiéndolo por limitación, si no prudencia en el uso de servicios. No se ha hecho nada respecto a la práctica de la medicina defensiva por los profesionales.

La creación de los puntos de atención continuada (PAC) ocasionan la pérdida de la referencia del usuario con sus profesionales habituales; los PAC se convierten en una

prolongación de las consultas convencionales, pero sin cita, más que en atención urgente.

Las actividades comunitarias promovidas por la AP son anecdóticas. La atención domiciliaria y a la dependencia se establece a través de protocolos y con la implicación de los cuidadores. Es una actividad que requeriría mayor implicación de enfermería y mayor coordinación con otros servicios (nutrición enteral, fisioterapia, etc.) y con el área sociosanitaria. En este sentido, figuras como el gestor de casos, que se puso en marcha en algunas áreas de salud, necesitan ser evaluadas, porque no se conoce bien su repercusión en la parcelación del paciente y en la pérdida de continuidad asistencial. También se necesita mejorar la coordinación y complementariedad con Organizaciones no gubernamentales (ONG) y otras instituciones que trabajan a domicilio, y con los trabajadores sociales.

Para favorecer la formación continuada y la actividad docente apenas ha habido iniciativas. Son contados los equipos de AP con programa formativo propio; no hay planes formativos individualizados; no se mide el impacto de la formación; no hay un sistema de recertificación incentivado; no se reconoce suficientemente la labor de los profesionales docentes (tutores MIR); los tiempos dedicados a la docencia no se otorgan discrecionalmente. En cuanto a la investigación, las iniciativas obedecen al voluntarismo de sus promotores y la investigación en AP sigue siendo cosa de titanes. La carrera profesional se pensó para incrementar la motivación de los profesionales y para mejorar el clima laboral, en la práctica ha devenido en un complemento salarial más sin capacidad incentivadora; la carrera profesional no está conectada entre comunidades autónomas; los criterios de calidad no están incorporados a la motivación; no se ha promovido un sistema mixto de retribuciones; no hay correspondencia entre cargas de trabajo, indicadores de calidad y sistemas de incentivación.

La incentivación mediante el pago de la productividad variable es motivo de agravios; se acepta como prolongación de la nómina y se materializa en repartos más o menos lineales. El efecto positivo del incremento de percepciones que supone la carrera profesional ha desincentivado al personal más meritorio, porque ha quedado en “café para todos”. En este caso los sindicatos no han sabido impulsar la carrera profesional en el sentido correcto, las sociedades científicas han tenido una pobre influencia y,

sobre todo, en los ciudadanos no ha repercutido favorablemente en la mejora de su salud.

El trabajo con comunidades de mayor riesgo social y sanitario no se ha desarrollado; tampoco hay nada establecido sobre evaluación de competencias y calidad de los centros. La calidad total se reduce a realizar encuestas de satisfacción; la planificación sanitaria brilla por su ausencia y, en consecuencia, los planes de gestión y la asignación de recursos no obedecen a objetivos de política sanitaria y tienen una correspondencia solamente con la actividad individual.

No hay ningún movimiento que implique a la política en el impulso de la AP, ni que estimule decididamente las estructuras de dirección de las áreas. Los órganos de participación son poco participativos y sin poder decisorio.

La descentralización de la gestión de los centros no es real: no se tiene control sobre el presupuesto; no se trabaja sobre las competencias y perfil de los directivos; no se adapta el modelo organizativo a las necesidades de los ciudadanos; en los equipos de AP cada profesional va por libre; no hay libre elección de enfermera; no están delimitadas las responsabilidades.

Los sistemas de información parecen ser los únicos beneficiados por las medidas de mejora, aunque quien está recogiendo ese beneficio son las empresas del sector, gracias a las cuantiosas inversiones en equipamiento informático y a la obsolescencia del mismo, porque todavía no ofrecen a los profesionales y usuarios suficientes garantías de confidencialidad, rapidez en la circulación de la información, complementariedad entre proveedores de servicios, calidad y disponibilidad de la información.

3. ¿Qué datos y conclusiones han aportado otras evaluaciones de la Atención Primaria?

En los últimos años se han acumulado informes y opiniones sobre la AP, especialmente a partir de la celebración de los 30 años de la reforma. Hay muchas coincidencias en el análisis, pero no se vislumbra un paradigma que mejore al actual. Vicente Matas realizó para la Organización Médica Colegial un exhaustivo informe sobre la situación de la AP española con los datos de 2014-2015 extraídos del portal estadístico del SNS y de la web del Ministerio de Sanidad (19).

En el año 2015 había en España 13.094 centros de AP, 166 Áreas de Salud y 2.704 Zonas Básicas de Salud para atender a casi 46 millones de personas protegidas. Había 84.686 profesionales en las plantillas, de ellos 28.480 médicos de familia, 6.408 pediatras, 29.441 enfermeras y 20.357 personal no sanitario. Su volumen de actividad se resume en más de 373 millones de consultas atendidas, con unas cargas de trabajo diarias medias, calculadas con las plantillas al completo (muchos días no están al completo), de aproximadamente 30 consultas/día para los médicos; 20 para los pediatras y 18 para los enfermeros. En el domicilio del paciente se atendieron 3.466.991 visitas en el caso de los médicos y 9.931.359 en el caso de los enfermeros. Hay que añadir 20.558.361 de urgencias atendidas por los médicos y 8.117.356 por enfermería.

3.1. Deficiencias estructurales entre CCAA

En el informe se mencionan los problemas estructurales más importantes de la AP, por ejemplo:

1/ Un recorte de la inversión sanitaria pública de 1.551 millones de € en AP entre 2010-2014; un porcentaje del 14,7% frente al 10,7% del recorte en el conjunto de los servicios. Si los recortes continúan, el sistema sanitario puede colapsar porque la AP no será capaz de resolver el 85-90% de la demanda que le llega. Ahora, profesionales y pacientes ya sufren las consecuencias de cargas

de trabajo desmesuradas, acumulaciones casi diarias por falta de sustituciones, consultas masificadas, demoras excesivas (en AP no debe haber lista de espera; la lista de espera es el fin de la AP, porque la gente termina por irse al hospital y pierde la confianza en la AP); contrataciones precarias en duración y en salario, lo que mina la longitudinalidad de la atención, etc.

2/ Hay grandes diferencias en inversión sanitaria pública entre CCAA que no se justifican completamente por factores como edad o dispersión. Por ejemplo, en 2014 en AP la inversión por habitante y año varía desde 140,81€ (Madrid) hasta 264,67€ (Castilla-León). En cuanto a la edad de la población atendida, el mayor porcentaje de mayores de 65 años lo encontramos en Asturias (24,36%) y el menor porcentaje en Ceuta y Melilla, gestión INGESA (10,25%).

3/ Hay grandes diferencias en actividad, plantillas y cargas de trabajo entre CCAA. Considerando las plantillas al completo y 247 días de consulta, en Andalucía los médicos de familia atienden de media más de 34 consultas, mientras que en Cataluña la media es de poco más de 23 consultas/día. En Castilla y León hay más centros que médicos de familia, la relación es 0,60 médicos de familia por centro. En INGESA la relación es de 9,86. Igualmente la proporción de médicos de familia y personal no sanitario es mayor en Castilla y León, hay 2,87 médicos de familia por cada profesional no sanitario, en Andalucía sin embargo la proporción es de 0,99, casi parejos.

4/ Hay grandes diferencias en infraestructura, habitantes asignados por médico de familia y edad entre las CCAA. En cuanto a centros en Castilla y León el 93,66% son consultorios locales, mientras que INGESA todos son Centros de Salud. INGESA es donde hay mayor porcentaje de cupos superiores a 1.500 personas por médico de familia (el 86,96%), mientras que en Castilla y León el porcentaje es del 13,34%. La media de cupo más alta la encontramos en Baleares con 1.718 personas/médico familia y la menor de nuevo en Castilla y León con una media de 924 personas asignadas.

5/ Los datos de las 166 áreas de salud muestran muchas diferencias en infraestructura, habitantes asignados y edad. Por ejemplo:

- Consultas día médicos de familia: en Calatayud se da el mínimo (17,93) y en Ponferrada el máximo (52,09).
- Consultas día pediatría: en Cangas de Narcea se da el mínimo (12,10) y en Mérida el máximo (38,86).

- Consultas día enfermería: en Barcelona se da el mínimo (11,53) y en Puertollano el máximo (31,4).
- Mayores de 65 años: en Fuerteventura se da el porcentaje mínimo (8,15) y en Ourense-Verín el máximo (30,5).
- Cupos mayores de 1.500: hay siete áreas que no tienen ningún médico con más de 1.500 tarjetas y en Melilla e Ibiza el 90,91% de los Médicos de Familia tienen cupos asignados de más de 1.500 tarjetas.
- Médicos de familia por centro: en el Área de Soria existen 0,35 y en el Área de Osi-Bidasoa hay 17.

6/ En conjunto, la AP urbana se caracterizaría por las consultas masificadas, por la acumulación de consultas y por las demoras en ser atendidos; y la AP rural por el envejecimiento de la población, el aislamiento profesional, la dispersión geográfica y el tiempo empleado en desplazamientos.

Además de sufrir las consecuencias de los recortes en la financiación, la AP arrastra los inconvenientes propios de la falta de una adaptación ágil al medio que tiene que atender, en términos de CCAA y en términos de sociodemografía de cada área de salud.

La rigidez de la estructura asistencial, como los centros de salud y equipos de AP, no ha previsto que los cambios sociales son la norma; que donde hoy hay un barrio nuevo plagado de matrimonios jóvenes con hijos, y que necesitarán pediatras, en unos años no se necesitarán tantos pediatras, ni siquiera tantos médicos porque los niños habrán crecido y porque el barrio puede haber perdido población. Para adaptar las estructuras a las necesidades se necesitan unos sistemas de información discrecionales, unos gestores decididos, una idea clara y admitida de la misión de la AP, unas relaciones laborales fluidas y adaptables a las necesidades sociales, sin mermar derechos laborales pero sin anteponer éstos (la plaza en propiedad) a las necesidades del servicio, y transparencia en la gestión, y participación de la comunidad y de los profesionales en la toma de decisiones (incluyendo una actitud sindical consecuente con los fines de la estructura asistencial).

3.1.1. El caso de la Medicina Rural

La urbanización de la sociedad y la atracción de lo urbano también se manifiestan en las preferencias profesionales, en detrimento de las unidades básicas asistenciales y de

los hospitales comarcales. El ejercicio de la medicina rural tiene unas peculiaridades y una penosidad que merecería una consideración especial, de forma que se compensase esta dedicación, adaptando los centros de salud rurales, dotándoles de medios de transporte medicalizados apropiados, primando la longitudinalidad asistencial (mejorando los salarios de los profesionales y premiando con más puntuación su permanencia en la plaza en los concursos de traslados, por ejemplo).

La preocupación por la medicina rural es patente en algunas sociedades profesionales, como la Semfyc⁵, que recomienda: velar porque los ciudadanos que vivan en estos núcleos de población tengan acceso a las mismas prestaciones del SNS que el resto de población; analizar las condiciones de trabajo del médico rural (atención domiciliaria, peligrosidad, penosidad, extensión de la jornada, dispersión geográfica de las visitas); procurar colaborar en la solución de estas problemáticas con idea de ser atractivos en el recambio actual y futuro de profesionales de AP Rural; solicitar una formación continuada de calidad impartida en el propio medio rural o a distancia; promocionar las TIC (telemedicina, etc.) que nos permitan mejorar el intercambio de información, nos garanticen una continuidad asistencial a través de la Historia Clínica digital, labores administrativas, labores asistenciales, continuidad asistencial con la atención especializada hospitalaria; fomentar la presencia de la Medicina Rural en la formación pregrado postgrado de Medicina y Especialidades Biosanitarias; mantener y afianzar la “rotación rural” obligatoria en el programa de formación MIR; promocionar la cultura de la investigación; colaborar en la gestión administrativa de los servicios sanitarios y en la planificación de la asistencia sanitaria rural.

3.2. Diferencias funcionales entre CCAA

En las evaluaciones realizadas en distintas ocasiones por la FADSP, se han analizado datos de las 17 CCAA para comparar las diferencias en la dotación y en su funcionamiento, por ejemplo: dotación de personal (TSI por médico y profesional de enfermería) y algunos indicadores de funcionamiento (% de personas que señalaron recibir una cita “siempre o casi siempre” en un máximo de 48 horas, gasto farmacéutico por recetas *per capita* y porcentaje de gasto farmacéutico en medicamentos genéricos).

⁵ <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2017/02/Declaraci%C3%B3n-de-%C3%81vila.pdf>

Se encontró una gran disparidad entre las CCAA en todos los indicadores analizados, de manera que la ratio máximo/mínimo oscilaba entre 1,60 (en gasto farmacéutico *per capita*) y 4,10 en % de citaciones en 48 horas.

Las correlaciones (Rho Spearman) entre las variables analizadas mostraron una correlación negativa entre la cita de AP en 48 horas con el número de TSI por médico ($r = -0,688$, $p = 0,002$) y por profesional de enfermería ($r = -0,669$, $p = 0,003$) y también entre el porcentaje de medicamentos genéricos y el gasto farmacéutico *per capita* ($r = -0,561$, $p = 0,019$).

Por lo tanto, existe diferencias muy importantes entre las distintas CCAA tanto en dotación de personal sanitario, como en accesibilidad (el promedio del porcentaje de la población que se cita en 48 horas es de 43,57% con un rango entre 71,38% en Aragón y el 17,39% en Canarias) y también en el Gasto farmacéutico *per capita* y el porcentaje de medicamentos genéricos.

Aunque algunas diferencias pueden tener relación con las distintas características de las CCAA, es obvio que diferencias tan acusadas no están justificadas y suponen desigualdades importantes en el funcionamiento de la AP.

3.3. Abandono de los planes de mejora de la AP

Además de los recortes de gasto, desde el gobierno se paralizó el desarrollo la Estrategia AP XXI, consensuada en su puesta en marcha con todas las organizaciones profesionales, y que estaba destinada a corregir los problemas y deficiencias que soportaba la AP. En su elaboración habían colaborado más de 90 expertos de sociedades científicas, comunidades y asociaciones de pacientes. La estrategia AP XXI constaba de 44 actuaciones agrupadas en cinco bloques orientados a la mejora de la calidad, la capacidad de resolución, la continuidad asistencial, la participación y el desarrollo profesional y la eficiencia en la gestión, todo ello dirigido a mejorar la calidad asistencial y su capacidad resolutoria, para cuyo despliegue el Ministerio de Sanidad presupuestó 24 millones de euros.

La estrategia contemplaba construir nuevos centros de salud; incrementar el personal hasta alcanzar unos ratios de personal facultativo y de enfermería de 1.250 personas; aumentar el prepuesto de la AP hasta llegar al 25% del total; facilitar a los profesionales el acceso a los recursos diagnósticos en las mismas condiciones que los hospitales (mediante protocolos comunes); y la reducción de la actividad burocrática, que actualmente ocupa el 30% de la actividad del personal médico. La paralización de este ambicioso proyecto muestra la total ausencia de interés por la AP del Gobierno de Rajoy y de los Gobiernos de todas las CCAA, lo que condena a la AP al deterioro y a la obsolescencia.

3.4. Sometimiento de los Centros de Salud a las gerencias hospitalarias.

La creación de las Gerencias Integradas de Área supuso la desaparición de las gerencias de AP, que han sido absorbidas por las estructuras de gestión de los hospitales de área. La AP ha quedado relegada a realizar un control de los llamados Procesos Asistenciales, algo imposible de realizar dada la falta de poder, prestigio y liderazgo de la Medicina de Familia con respecto a los servicios hospitalarios.

En este nuevo modelo, el Ministerio de Sanidad ha asignado al nivel primario el papel de portero del sistema (y de sus centros hospitalarios), con la finalidad de seleccionar pacientes y patologías para los hospitales atendiendo a criterios de control del gasto y rentabilidad económica. Este papel es clave para que los centros hospitalarios puedan competir entre sí, discriminando procesos y pacientes según rentabilidad económica, algo que tiene poco que ver con las necesidades de salud de la población.

Los bajos presupuestos, los déficits de personal, los obstáculos para acceder a los recursos diagnósticos y el sometimiento de los centros de salud a las gerencias de los hospitales, relegan la AP a un papel subalterno dentro del sistema.

Es una situación de empeoramiento de la AP, porque pierde presupuesto y puestos de trabajo y competencias en gestión, a favor de los hospitales, vía gestión unificada y crecimiento creciente del presupuesto y del poder del hospital. Las consecuencias para la AP pueden ser nefastas, porque puede acabar siendo engullida por las necesidades

de los especialistas hospitalarios, imponiendo los criterios de derivación a su conveniencia, reforzando la prescripción derivada, extendiendo la hospitalización domiciliaria, etc.; aspectos todos propios del menor compromiso del hospital, como estructura, con los objetivos de políticas públicas de salud.

3.5. Las limitaciones de la Gestión Clínica

Las nuevas Unidades de Gestión Clínica que pretende introducir el gobierno con el apoyo del Foro de la Profesión —estructuras acogidas al modelo de gestión empresarial, con plena autonomía, presupuesto propio y capacidad para vender sus productos en un mercado sanitario interno— son un nuevo intento de marginar el papel de la AP dentro del Sistema a la que se asigna la función de filtrado de pacientes y patologías.

De hecho, las nuevas formas de gestión intentan incorporar elementos de gestión empresarial a los centros sanitarios públicos, sin embargo, en un entorno de lo público las herramientas empresariales tienen poco recorrido dado que éstas se han diseñado bien para obtener más eficiencia o bien para conseguir más ingresos económicos, aspecto éste que no es fácil ni posible en lo público.

A este respecto procede traer a colación algunas de las conclusiones del informe de J. J. Bestard sobre las interferencias entre lo público y lo privado en sanidad (20). A su juicio no es conveniente introducir en las organizaciones públicas normas del específico escenario del ánimo de lucro, porque las organizaciones privadas no están confeccionadas para atender a los principios de interés general, sino más bien para atender a las obligaciones de lo que no es público. La idea de que las reglas de derecho privado pueden solucionar las inconveniencias de lo público carece de respaldo y están abocadas al fracaso.

En España, la experiencia con las nuevas formas de gestión ha sido limitada y decepcionante, en parte por inseguridad jurídica y por falta de claridad y de transparencia. En las sociedades occidentales lo público es necesario y funciona, pero lo que parece que no funciona son los modelos híbridos, es decir, lo público no mejora echando mano de lo privado, ni lo privado mejora echando mano de lo público (20).

3.6. Problemas de calidad asistencial y de capacidad resolutive

La masificación de los cupos (más del 52% tienen más de 1.500 tarjetas individuales, que son 250 tarjetas más de las marcadas por las sociedades de medicina de familia, pediatría y enfermería o por los expertos de AP XXI), obliga al personal médico a atender una media de 40-50 pacientes al día, lo que repercute en la asistencia y la capacidad para resolver casos en el nivel por falta de recursos y tiempo. Como consecuencia muchos pacientes son enviados de manera innecesaria a hospitales o a servicios de urgencias, aumentando así los costes (innecesarios), los riesgos para la salud y las listas de espera. Además la enfermería tiene una presencia menor que la deseable en la AP (somos el país de Europa con menor densidad de profesionales de enfermería) lo que hace que la atención a enfermos crónicos, domicilios, cuidados, etc. tenga numerosas deficiencias.

3.7. Barreras de acceso a la AP

Para obtener cita

El 52% de las personas que demanda asistencia en los Centros de Salud no son atendidas el mismo día y el 11% tardan más de una semana. Esto es incompatible con la filosofía y la lógica de la AP que debería atender la demanda de manera inmediata.

Para obtener medicamentos

Un ejemplo claro de barrera en el acceso se produce en el acceso a medicamentos como consecuencia de la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012, que aumentó el porcentaje de trabajadores en “activo” con obligación de copago, al incluir a los parados con derecho a prestación, e instauró el copago entre los pensionistas con topes según la cuantía de sus ingresos.

En las personas con bajas rentas y con más problemas de salud, si el precio a pagar por el usuario es una cantidad que impide su adquisición, o si añade un gasto que limita el consumo de otros bienes esenciales, no tener acceso gratuito puede tener consecuencias negativas para su salud, porque acudirán menos al médico, dejarán de tomar medicamentos efectivos y necesarios y, a largo plazo, el ahorro social resultará caro si acaban en las consultas de urgencias y en ingresos hospitalarios.

Dos años después de la entrada en vigor del RDL 16/2012 comprobamos mediante encuesta la repercusión del copago farmacéutico sobre la población y analizamos si se estaban dejando de tomar fármacos prescritos por motivos económicos (21).

El 13,43% de los que consumían medicamentos señaló que había dejado de consumir alguno por motivos económicos, todos ellos estaban en el grupo de ingresos familiares inferiores a 1.000 € y presentaban unos ingresos mensuales por persona de 295 €, con una diferencia significativa con el grupo que no dejó de consumir medicamentos (media de ingresos de 765 €, $p < 0,0001$).

El consumo mensual de medicamentos y promedio de pago según grupo laboral fue en los activos de 2,47 medicamentos/mes, el pago mensual de 11,18 €; en los parados de 3,35 medicamentos/mes y 8,51 € y en los pensionistas 5,61 medicamentos/mes y 10,19 €. Las diferencias eran estadísticamente significativas ($p < 0,0001$).

El mayor porcentaje de quienes dejaron de tomar medicamentos se encontraba en el grupo de parados (29,59%; IC 95 % 21,64-39,26); luego en el de pensionistas (22,4%; IC 95 % 17,67-27,96) y el menor en el grupo con trabajo (1,55%; IC 95 % 0,67-3,58). También fue más frecuente la no utilización en el grupo con enfermedad crónica respecto al resto (OR 2,91, IC 95% 1,46-5,08; $p = 0,002$).

La literatura internacional muestra efectos parecidos. Un reciente metanálisis señalaba que los copagos aumentaban en un 11% la no adherencia a los tratamientos, y que había un efecto muy negativo de los nuevos copagos sobre el uso racional de los medicamentos (22).

Recortes y listas de espera hospitalarias

En el caso de las listas de espera para recibir atención hospitalaria, hay una gran variabilidad entre CCAA. La lista de espera quirúrgica (LEQ) puede tener una demora media de 182 días en Canarias y de solo 49 en La Rioja, y el porcentaje con más de 6 meses en LEQ alcanzar el 37,3% en Canarias frente al 1,5% en Madrid. Lo mismo sucede con respecto a la LEC, que va desde 138 días en Cataluña a 27 en el País Vasco, con un porcentaje que espera más de 60 días entre el 87,6% (Canarias) y el 10,1% (Andalucía).

El barómetro sanitario 2016 da algunas cifras para ingreso hospitalario (lista de espera), que probablemente incluye la LEQ: un 8,9% de los entrevistados piensa que mejoró, el 28% que empeoró y el 46,3% que sigue igual⁶.

Hemos comprobado la relación de las listas de espera con los recortes producidos en los presupuestos *per cápita* entre 2009 y 2013, porque este último fue el momento de mayores recortes, ya que a partir de entonces hubo un ligero incremento en los presupuestos sanitarios públicos, con gran variabilidad interautonómica, y sin que se hayan recuperado los niveles de 2009 (23).

Los resultados obtenidos (coeficientes de correlación de Spearman) muestran una relación significativa entre los recortes producidos y los días de LEQ ($r= 0,611$, $p= 0,009$) y el porcentaje de personas que esperan más de 6 meses en LEQ ($r=0,621$, $p =0,010$). La regresión lineal entre días de LEQ y porcentajes de recortes muestra un r^2 de 0,373 ($p=0,009$). Los coeficientes de correlación con la lista de espera para consultas (LEC) fueron significativos con el gasto sanitario en conciertos privados (GSCP); ($r = 0,539$, $p =0,026$). El resto de las correlaciones no fueron significativas. Asimismo se encontró correlación entre los días que se espera como promedio en LEQ y los de LEC ($r= 0,729$, $p= 0,001$). Estos resultados abonan la creencia de que una parte importante de las causas de las listas de espera, especialmente la quirúrgica, depende de los recortes presupuestarios que ha sufrido la Sanidad Pública en nuestro país y, además, que las listas de espera son acumulativas, es decir, que mayores LEQ se corresponden con mayores LEC, lo que supone que la demora real de los pacientes para recibir la asistencia que precisan puede superar el año en muchos casos.

Con independencia de las consideraciones técnicas que nos merezca el análisis de las listas de espera, lo cierto es que hoy por hoy constituyen uno de los principales motivos de preocupación social y uno de los motores de la dialéctica en política sanitaria, y que, en cualquier caso, no debería existir un efecto de discriminación relacionado con factores que no tuviesen que ver con la necesidad, como la edad, el sexo, el nivel de estudios, la ocupación, los ingresos o el lugar de residencia, como ocurre con las diferencias entre CCAA.

⁶ https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2016/BS2016_CCAA.pdf

3.8. Aumento de la irracionalidad asistencial y peligros para la salud

La presión asistencial impide llevar adelante actividades esenciales contempladas en el actual modelo de salud comunitaria, como son la promoción de salud, la prevención de la enfermedad o el trabajo con la población. Este abandono de funciones repercute negativamente sobre la racionalidad del sistema, que prioriza la curación y el uso de tecnologías y medicamentos que, además de disparar el gasto, suponen un riesgo para la salud (la iatrogenia es la cuarta causa de mortalidad general en EEUU).

En EEUU, modelo de este desiderátum asistencial, los muertos atribuidos a efectos adversos del sistema sanitario asciende a 400.000 anuales. Ya en 1999 entre el 4 y el 18% de los pacientes experimentaron efectos adversos, por un exceso de 116 millones de visitas médicas, de 77 millones de prescripciones extras, 17 millones de visitas urgentes de más, 8 millones de hospitalizaciones y 3 millones de ingresos de larga estancia extras, 199.000 muertes adicionales y 77 millones de dólares de costes extras (equivalentes al coste agregado de los cuidados a todos los pacientes diabéticos). Estos efectos pudieron estar en relación con el efecto en cascada que se desencadena por el abuso de la alta tecnología. El elevado grado de desigualdad es otra de las razones de la mala salud en EEUU, que se manifiesta especialmente en algunos grupos de edad: niños y ancianos (24).

Aunque la asistencia sanitaria implica necesariamente riesgos, hay circunstancias que pueden aminorarlos, como por ejemplo la mejora en las condiciones de trabajo, el ajuste de los horarios, el manejo de los excesos de demanda, la utilización de guías clínicas (procedimientos normalizados para manejar determinadas enfermedades) y la práctica de la prevención cuaternaria.

Acabar con la medicalización y el consumismo sanitario de la sociedad debería ser una de las prioridades de la AP.

3.9. Prestigio mejorable de la AP

Para la Administración, el modelo organizativo actual de AP, ha supuesto un avance considerable respecto a la heterogeneidad de circunstancias asistenciales que se daban

a finales de la década de 1970, que ha racionalizado la oferta asistencial proporcionando mejoras importantes, como por ejemplo, el trabajo en equipo, la historia clínica compartida, el aumento del horario asistencial, la mejora de la accesibilidad, la programación asistencial, la introducción de criterios de gestión del proceso asistencial, la evaluación de la calidad, la incentivación y la mejora de los sistemas de información.

A pesar de tan buenos resultados, y de que la AP cuenta con el favor del discurso político, en la práctica sus presupuestos se mantienen estables, en torno al 14% del total destinado a sanidad, y la participación de AP en el gasto sanitario público se ha reducido el doble que la participación hospitalaria.

Desde el punto de vista ciudadano, a pesar de ser el médico el profesional más valorado, treinta años después del comienzo de la reforma de la AP se constata la falta de cultura sobre los contenidos y la importancia de la AP. Pese a que los médicos y enfermeros de AP obtienen los niveles más elevados de confianza como profesión por parte de los ciudadanos, la AP está ausente en la opinión pública, como pone de manifiesto la presencia de la información sobre salud en los periódicos, que está monopolizada por noticias relativas a especialidades hospitalarias, nuevas tecnologías y avances científicos.

A esta escasa legitimación social contribuye la desafección que sienten por la AP las clases dirigentes, los políticos, los funcionarios y las clases medias urbanas en general, de manera que es un enorme desprestigio para lo público que incluso quienes administran el sistema sanitario (los funcionarios) “escapen” en más del 90% del sistema público, a través de mutualidades como MUFACE y similares (alrededor de tres millones de personas). Los propios médicos rechazan la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria como vía de formación por el sistema MIR. Por otro lado, las iniciativas políticas promueven el abandono por los profesionales y trabajadores a través del incentivo fiscal de desgravaciones en beneficios o ingresos para empresas y personas con doble cobertura.

De tal forma que uno de los riesgos que corre la AP es que quede como servicio para atender a las clases humildes (“la gente”: ancianos, inmigrantes, marginados y pobres), mientras la clase media y alta esquivan los inconvenientes de una

organización que consideran defectuosa. Sería paradójico que entre la “gente” tampoco se incluyeran los “insignificantes” (prostitutas, drogadictos, vagabundos y otros) que reciben sus cuidados de ONG y de urgencias hospitalarias. Resultaría irónico que la AP, que es rechazada por las clases media y alta, rechazara a quienes tiene que ofrecer acceso preferente (26).

Así pues, si los pacientes pudientes e influyentes “huyen” de la AP pública, como en un círculo vicioso, contribuyen al descrédito de la misma, pues son las clases sociales altas las que atribuyen prestigio social a los especialistas, porque son las clases que pueden pagar por duplicado la cobertura sanitaria.

Todo ello justifica, quizá, el abandono presupuestario de los servicios asistenciales ambulatorios públicos, y su suplemento con dinero privado. Así, el escaso gasto público no hospitalario en España se compensa con un mayor porcentaje de gasto ambulatorio privado (57%), muy por encima de la media de los países europeos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

3.9.1. Los médicos no optan por la especialidad de MFyC y en los traslados de enfermería son primeros los que proceden del hospital

Las Facultades de Medicina apenas dedican tiempo en el programa docente a la AP o a la MFyC, contándose con los dedos de las manos las cátedras de AP, algunas de las cuales son financiadas por laboratorios farmacéuticos que, como es lógico, pretenden aumentar la prescripción. Un ejemplo de este desprestigio es que los médicos/as recién egresados de las facultades de medicina con mejores notas no eligen la Medicina de Familia para especializarse, y que muchos de los que no les queda más remedio que elegirla vuelven a presentarse al examen MIR para cambiar de especialidad.

Si no hay cátedras de AP no habrá un relato histórico académico y, por lo tanto, los médicos y profesionales de la salud nuevos empezarán su andadura profesional sin ningún aprecio por la AP.

Los estudiantes que están a punto de terminar el grado de medicina consideran que es más fácil encontrar trabajo con la especialidad de MFyC que con las que ellos elegirían, y que tiene mejor horario. Sin embargo, perciben desventajas importantes

en la MFyC en cuanto a reconocimiento, tanto por los pacientes como por los colegas y por el conjunto de la sociedad, y piensan que tiene menos posibilidades de desarrollo profesional.

Los estudiantes elegirían una especialidad distinta a MFyC porque esperan obtener en promedio un 40% de su renta mediante la práctica privada, y porque esperan ganar un 42% más que si eligieran MFyC. En síntesis, la MFyC gusta a muchos estudiantes, pero gran parte de ellos perciben que está en desventaja en cuanto a prestigio, posibilidad de desarrollo profesional y expectativas de renta respecto a otras especialidades (27).

La mala gestión de personal crónica en el SNS se manifiesta en que, aun habiendo más médicos contratados que nunca, están mal distribuidos, porque ha crecido cuatro veces más el número de médicos en atención hospitalaria que en AP; no se ha previsto el relevo para las jubilaciones masivas que se esperan en el SNS; porque no se han mejorado las condiciones laborales para evitar la emigración de especialistas españoles y porque no se ha rebajado la nota de corte en las facultades de medicina ni se han incrementado el número de plazas MIR para absorber a los que se gradúan⁷. Paradójicamente, en algunas áreas de salud con problemas para cubrir plazas, se sigue recurriendo a médicos extranjeros sin titulación especialista homologada.

Otra muestra de la desorientación de los planificadores en las dotaciones de personal y de la pérdida de prestigio y de fuerza de las direcciones de AP respecto a las hospitalarias se refleja en el poco valor que se concede a los ya especialistas en enfermería familiar y comunitaria por la vía EIR (enfermeros internos y residentes), para favorecer su incorporación laboral y, sobre todo, al hecho de que en los concursos de traslados a plazas de enfermería de AP sigan ocupando los mejores puestos enfermeros procedentes del hospital, que llegan a AP a completar los últimos años de su vida laboral, en perjuicio de enfermeros que llevan años en AP, y sin que haya reciprocidad, porque los enfermeros de AP no pueden optar en igualdad de condiciones a plazas hospitalarias.

⁷ <http://saludineriap.blogspot.com.es/2017/12/faltan-medicos-datos-y-misterios.html>

4. ¿Por dónde debe orientar sus mejoras la Atención Primaria del futuro?

4.1. ¿Por qué es importante reducir las desigualdades sociosanitarias?

Desde un punto de vista económico, una desigualdad elevada es un lastre para el crecimiento. Por el contrario, niveles más bajos de desigualdad se relacionan con un crecimiento más rápido. En los países desarrollados, una redistribución de los ingresos se relaciona con un crecimiento más elevado y más duradero. Dicho de otra forma: enriquecer más a los ricos no hace más rico al conjunto de un país, sin embargo mitigar la pobreza de los pobres si favorece el crecimiento (28).

La desigualdad extrema priva a muchas personas de la oportunidad de sacar el máximo provecho a sus posibilidades y se desperdician recursos humanos. Por eso los programas gubernamentales que reducen las desigualdades enriquecen a un país y reducen el desaprovechamiento de recursos humanos, como por ejemplo proporcionando una educación de alta calidad, promulgando leyes de escolaridad obligatoria y propiciando un hogar, una escuela y un ambiente de trabajo seguros; favoreciendo una alimentación suficiente o proporcionando acceso a los cuidados sanitarios.

El término desigualdades socioeconómicas en salud implica una valoración moral negativa; provoca rechazo social y sanción moral el hecho de tratar de manera diferente a ricos y a pobres. Una inequidad en salud es una diferencia en la salud, o en los factores con mayor influencia sobre la salud (alimentación, saneamiento ambiental, etc.), que podría ser modificada por el efecto de la actividad política. Es una diferencia padecida por grupos sociales desfavorecidos, como pobres, minorías étnicas, mujeres, etc., que les ocasiona sistemáticamente peor salud, o mayor riesgo para su salud, que a los grupos sociales más favorecidos. Estas diferencias en el nivel de salud que son sistemáticas, innecesarias e injustas, son tanto un problema de salud

pública como una cuestión de justicia social, porque pueden ser reducidas por la acción de la política.

Las diferencias en las causas de enfermedad (morbilidad) y en las causas de muerte (mortalidad) entre los grupos socioeconómicos constituyen uno de los hallazgos más consistentes de la investigación epidemiológica. Las raíces de estas desigualdades se encuentran en determinantes sociales de la salud, tales como la diferencia de ingresos, el trabajo precario, el racismo y la exclusión social, el acceso desigual a la protección infantil de calidad y a la educación o la vivienda inadecuada. Los datos son innumerables y delatan grandes desigualdades tanto entre países (por su distinto grado de riqueza), como dentro del mismo país (por la injusta distribución de la riqueza), por ejemplo, en España: entre las CCAA más ricas (como Navarra o Madrid) y una de las más pobres (Andalucía) hay una diferencia de esperanza de vida de 3 años (28). Estas diferencias se incrementan al comparar barrios en una misma ciudad. En el Campo de Gibraltar hay una sobremortalidad por cáncer respecto al resto de España del 38% en hombres y del 14% en mujeres (29). Un 55% de las mujeres de clase social V (ocupaciones no cualificadas) declaran un buen estado de salud frente a un 85% de los hombres de clase social I (directivos y profesionales). Las desigualdades por género y clase social están aumentando en el caso de la obesidad o la actividad física (30).

Un estudio reciente publicado en la prestigiosa revista Lancet, demuestra que el bajo nivel socioeconómico es uno de los predictores más fuertes de morbilidad y mortalidad prematura en todo el mundo. El seguimiento de 1,7 millones de personas de 7 países encontró que la asociación entre el nivel socioeconómico y la mortalidad es comparable en fuerza y consistencia a la de los seis factores de riesgo más conocidos: consumo de tabaco, consumo de alcohol, sedentarismo, aumento de la presión arterial, obesidad y diabetes. El bajo nivel socioeconómico se asoció con una reducción de 2 años en la esperanza de vida entre las edades de 40 y 85 años, los años de vida perdidos correspondientes fueron de 0 a 5 años para el alto consumo de alcohol, de 0 a 7 años para la obesidad, 3 a 9 años para la diabetes, 1 a 6 años para la hipertensión, 2 a 4 años para la inactividad física y 4 a 8 años para el consumo actual de tabaco (31).

Una contribución esencial de la AP, gracias al impulso que vivió en los años 80, se debe a que con la implantación de los centros de salud y de los EAP, y con la universalización de la asistencia, mejoraron los niveles de equidad horizontal, porque el incremento de las estructuras y la facilidad en el acceso permitió a las personas de menor renta y nivel de información compensar el infraconsumo de otros servicios. Esta orientación pro-pobre de la AP española se comprueba especialmente en la población anciana (32).

En 2007 el papel redistributivo de la sanidad en España representaba más de la mitad del total de las prestaciones públicas en especie, incluyendo educación, vivienda, atención a la infancia y a los mayores. En 2010, la sanidad continuaba redistribuyendo la renta de las familias españolas, reduciendo el índice de Gini de la renta disponible en un 11%. Sin embargo, esa reducción proporcional fue menor en 2010 que en 2005. Con el inicio de la crisis económica la sanidad parece haber limitado su aporte a la progresividad del gasto público y su capacidad redistributiva. Posiblemente este proceso se haya intensificado a partir de 2012, año en que los copagos aumentaron sustancialmente y las condiciones de cobertura sanitaria se modificaron. Sin embargo, todavía no hay datos para poder evaluar los cambios.

Hay un gran potencial de reducción de las desigualdades en salud en las políticas no sanitarias. El urbanismo, las políticas ambientales, laborales, educativas, de vivienda o de transporte, entre otras, podrían reducir las desigualdades en salud mediante acciones específicas. Una recomendación concreta es monitorizar la aportación a la reducción de las desigualdades que se espera de cada política, de forma similar a la propuesta de evaluación del impacto en salud de todas las políticas que recomienda la Ley General de Salud Pública de España (33).

Cuando se habla del derecho a la salud de los ciudadanos europeos, no sería de recibo que dentro de nuestras propias fronteras la atención a la salud se convierta en un elemento de distinción o de discriminación entre ciudadanos españoles. Antes de que presupuestos sanitarios desiguales, o prestaciones desiguales, o distintas accesibilidades acaben manifestándose como injustas diferencias de salud, en morbilidad, esperanza de vida, etc., necesitamos mejorar la cohesión del SNS y su financiación; potenciar la AP y despolitizar la gestión sanitaria, fomentando la participación profesional y ciudadana.

Sin embargo, en España, el análisis de los microdatos de la Encuesta Europea de Salud sobre necesidades de atención médica no cubierta realizado por J. Simó⁸, refleja un clarísimo gradiente creciente conforme se desciende en la escala social en todos y cada uno de los motivos de dificultad o falta de atención.

Entre los motivos no económicos, la falta de atención "por lista de espera" se declara en el 13% de los casos y la falta de atención por "problemas de transporte" en el 1,3%.

El problema económico es motivo de falta de atención, y por este orden, en la atención dental (12,5%), en la atención médica en general (2,8%), en el acceso a fármacos de prescripción (2,4%) y en la atención mental (0,9%).

Si tenemos en cuenta que la atención dental en España es privada prácticamente en su totalidad tanto en la provisión como en la financiación, resulta muy llamativo que el porcentaje de gente que declara el problema económico como dificultad para recibir atención dental (12,5%) sea prácticamente igual al porcentaje de gente que declara falta de atención por lista de espera (13%) y, también, que este último sea el porcentaje más alto de todos. En concreto, en el tiempo y la lista de espera para ingreso por intervención quirúrgica según clase social y aseguramiento, los más perjudicados, desde cualquier perspectiva son los más pobres tanto en la provisión pública como en la privada.

Una forma de medir el impacto la intensidad del gradiente creciente con el descenso en la escala social que se detecta en todos los motivos es calcular cuántas veces se declara más cada motivo en la clase 6 (la más baja) que en la clase 1 (la más alta). Si se hace esto, la falta de atención por problemas económicos para medicamento prescrito es el motivo en el que más diferencia hay entre la clase alta (0,5%) y la más baja (4,7%) pues se declara 9,4 veces más por los sujetos de la clase 6 que por los de la clase 1 ($4,7/0,5$). Si calculamos esta razón en todos y cada uno de los motivos y los ordenamos de mayor a menor según resultado encontramos:

- Falta de atención por problemas económicos para medicamento prescrito: 9,40 veces más en la clase 6 que en la 1.

⁸ <http://saludinerop.blogspot.com.es/2017/11/necesidades-de-atencion-medica-no.html>

- Falta de atención por problemas económicos para atención dental: 6,11 veces más en la clase 6 que en la 1.
- Falta de atención por problemas económicos para atención médica: 5,00 veces más en la clase 6 que en la 1.
- Falta de atención por problemas económicos para atención mental: 5,00 veces más en la clase 6 que en la 1.
- Falta de atención por problemas de transporte: 3,75 veces más en la clase 6 que en la 1.
- Falta de atención por lista de espera: 1,35 veces más en la clase 6 que en la 1.

Así pues, es necesario que el sistema de salud comprenda los obstáculos específicos a la atención equitativa y las necesidades de salud de las poblaciones desfavorecidas, y esto requiere planificación centrada en la equidad con herramientas efectivas y prácticas, y la evaluación del impacto en salud de las medidas favorecedoras de equidad. En los momentos actuales de crisis económica, la actividad de los servicios de salud debe intentar disminuir las desigualdades sociales injustas, y no contribuir a crear nuevas desigualdades (servicios diferenciados para ricos y pobres, vía privatizaciones y copagos, por ejemplo).

4.2. ¿Cómo aumentar el prestigio de la AP?: el mutualismo administrativo

En España, el modelo MUFACE ha permitido financiar y subvencionar con fondos públicos a empresas sanitarias privadas que de otra manera no hubieran sobrevivido durante tantos años de ineficiencia gestora. Este modelo favorece la selección de riesgos y el rechazo de pacientes más costosos y lleva asociados sobrecostes importantes para las arcas públicas que las que reciben subvención.

Esta provisión privada tiene una relación directa con la medicalización de la población, y esto puede observarse en la sobreutilización de los servicios sanitarios; el 85% de los mutualistas tienen una frecuentación a urgencias de 1.690/1.000, tres veces superior a la media del SNS; y 2.754 consultas hospitalarias/1.000, prácticamente el doble que la frecuentación a las consultas de los hospitales públicos. El interés por el negocio y los resultados económicos hace que los centros privados de

MUFACE tengan cuatro veces menos médicos por cama y tres veces menos enfermeras que los centros públicos (34).

Si MUFACE persiguiera la equidad, la eficiencia y la seguridad del paciente, ofertaría un verdadero nivel de AP, porque disponer de un médico de familia, personal y de referencia como primer contacto con el sistema reduce iatrogenia y proporciona eficiencia y equidad al propio sistema. Como el mutualismo administrativo (MUFACE, Mugeju, Isfas) se financia con fondos públicos, debería dotarse de la figura del médico de cabecera y de una cartera de servicios de AP de base poblacional (35).

Para que la Sanidad Pública alcance la mayor calidad debe lograr la universalidad efectiva de uso por todos los estratos sociales, consecuentemente, la AP sólo tendrá la mejor calidad posible si es efectivamente utilizada por todos los grupos sociales, especialmente por aquellos con mayor capacidad para exigirla (36).

Sin embargo, el análisis de los datos de España de la Encuesta Europea de Salud de 2014 analizados por Simó (37), refleja una mayor utilización del médico especialista por parte de las clases altas, mutualistas y sujetos con seguro médico privado. Esta mayor utilización del especialista sería en parte inadecuada si tenemos en cuenta que las clases altas, mutualistas y los sujetos con seguro médico privado son, precisamente, los colectivos más jóvenes, con mejor salud autopercebida y con menor prevalencia de enfermedad crónica y depresión.

Además, las clases altas, mutualistas y sujetos con seguro médico privado, que destacan por ser colectivos más jóvenes, sentirse más sanos y tener menos enfermedades crónicas y depresión, generan tantas visitas médicas por persona como el resto de grupos y lo hacen, con un mayor peso de la visita al médico especialista. Esto refuerza la hipótesis de una mayor inadecuación por sobreuso de la visita al especialista en estos colectivos.

Los resultados sobre la dependencia funcional del último médico visitado sugieren que los mutualistas y las personas con seguro médico privado se sirven de sus respectivas modalidades de aseguramiento para acceder a médicos privados con mayor frecuencia que los sujetos cubiertos únicamente por el SNS. Algo que también

ocurre con los sujetos de las tres primeras clases sociales respecto de las tres últimas, bien por la mayor presencia del mutualismo y del seguro médico privado entre las clases altas o bien mediante el pago directo de estas consultas (consulta privada). La visita a los médicos privados es mucho más frecuente en las tres clases altas que en las tres más bajas: 7,6 veces más frecuente en el caso del médico de familia y 3,5 veces en el caso del médico especialista. La visita al médico de familia privado es 70,7 veces más frecuente en el mutualismo y 30,8 veces más frecuente en el grupo con seguro médico privado que en el grupo cubierto únicamente por el SNS. Cifras que se reducen a 11,4 y 10,1 veces, respectivamente, en el caso de la visita al médico especialista privado.

Los resultados de este trabajo sugieren una deficitaria universalización efectiva de la atención médica ambulatoria del SNS, especialmente de la AP, por infrautilización por parte de determinados grupos socioeconómicos (clases altas, mutualistas, sujetos con seguro médico privado) que, además, infrautilizan al médico de familia pero sobreutilizan al especialista. Buena parte de la sobreutilización del médico especialista en estos grupos se financia públicamente de modo directo (mutualismo) o indirecto (coste fiscal producido por los beneficios fiscales ligados a la compra de seguros médicos privados). La mayoría de los beneficiados por este incentivo fiscal son sujetos pertenecientes a las clases altas, lo que resta respaldo al mantenimiento de esta medida pues desde el punto de vista de la equidad se destina dinero público (precisamente el que no se ingresa) a quien menos lo necesita.

El análisis de la encuesta muestra como todavía perdura en España la desigualdad en la utilización ambulatoria del médico especialista y del médico de familia relacionada con la renta de los individuos. Además, arroja algunos resultados que cuestionan la existencia en España de subsistemas especiales de cobertura sanitaria o exenciones fiscales a la compra de seguros médicos privados. Desde una perspectiva de igualdad y equidad de poco sirve que la AP sea declarada la “puerta de entrada al sistema” si sólo la utilizan quienes no disponen de otras “puertas” alternativas como los subsistemas descritos, fomentando lo que se ha venido en llamar el “descremado sociológico” de la AP.

4.3. Recuperar la universalidad

La Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012 en sus informes periódicos denuncia lo que ciertamente es una amenaza al acceso universal al SNS para la población más necesitada, fundamentalmente inmigrantes en situación irregular; o para ciudadanos europeos sin recursos que viven en España, o para padres, madres, abuelos y abuelas que llegan a España fruto de un proceso de reagrupamiento familiar. Cinco años después de la entrada en vigor del RDL, eran 873.000 las tarjetas sanitarias retiradas⁹.

La legitimación social y política del sistema sanitario pasa por incluir los derechos a la protección a la salud y a la asistencia sanitaria en el Capítulo II del Título primero en una futura reforma de la Constitución; por revertir las limitaciones introducidas por la aplicación del RDL 16/2012; por volver a regular la protección sanitaria de la población inmigrante; y por integrar todos los sistemas públicos de protección sanitaria en un sistema único basado en la condición de ciudadanía española suprimiendo a los efectos sanitarios las mutualidades de funcionarios (MUFACE, MUGEJU, ISFAS) y los sistemas de protección existentes para otros profesionales específicos (38).

Desde el año 2002 han aparecido varios análisis que estudian la relación entre la mortalidad y la disponibilidad o no de seguros de asistencia sanitaria. La convicción de que la falta de aseguramiento sanitario aumenta la mortalidad se confirma en una reciente revisión según la cual las probabilidades de morir entre los asegurados en relación con los no asegurados es de 0,71 a 0,97 (39).

En cuanto al coste de la cobertura universal pública, aunque se han introducido programas nacionales de seguro de salud en la mayoría de los países desarrollados, solo unos pocos estudios han examinado su coste-efectividad. Todos los estudios seleccionados en un reciente análisis revelaron evidencias sólidas para apoyar los programas de seguro de salud universal o las reformas de salud, en particular en los Estados Unidos. El ICER promedio (razón coste-efectividad incremental) en este análisis estaría por debajo del umbral estándar de costo-efectividad utilizado en los

⁹ <https://dempeusperlasalut.wordpress.com/2017/05/05/19207/>

EE. UU (40). El ICER promedio varió de 23.000 a 64.000\$ USA por año de vida ajustado por calidad (AVAC). Los resultados combinados mostraron que el seguro nacional de salud está asociado con una relación costo-efectividad incremental promedio de 51.300\$ USA por AVAC ganado, frente a una disposición estándar a pagar por año de vida ganada de 62.000\$.

A nivel mundial, el mejor ejemplo es el de Japón, la tercera economía del mundo, que con 126 millones de habitantes tiene un sistema sanitario público de cobertura universal desde 1961 y la mayor expectativa de vida del mundo (41).

4.4. Respuesta institucional y respuesta profesional para reforzar la AP

El SNS en su conjunto y la AP deberían dotarse de una estrategia global para mejorar su eficiencia y aumentar su impacto sobre la salud de la población. Pero toda la administración pública debería hacer lo mismo, porque muchos de los problemas de la AP no son intrínsecos, si no que obedecen a una estructura administrativa rígida, burocrática, que desconfía de los subordinados, reticente a compartir decisiones y con unos mecanismos de gestión de personal ineficientes por inamovibles. Para ello son imprescindibles nuevos instrumentos de gestión pública que estimulen las funciones y los procesos esenciales para sumar en la cadena de la innovación y del valor. Ese valor también debe proceder de la incorporación a la AP de la población con mayor capacidad de influencia, ahora mayoritariamente acogida a regímenes asistenciales funcionariales (MUFACE, etc.), y por dar a la AP categoría de disciplina universitaria.

La política institucional no puede desentenderse de las necesidades y de la sostenibilidad del SNS, como si fuera un conjunto heterogéneo de instituciones y servicios bajo diferentes responsabilidades políticas. En el caso de la AP se debe apostar por una financiación suficiente, porque hasta ahora no lo ha sido; por un pacto político, para que no dependiera de la ideología gobernante, y por una oferta de servicios personales de elevada calidad interna y de buenos resultados, autorregulados por normas deontológicas y profesionales. Por tanto, se debe apostar por una oferta de servicios que se ajuste a las características de la población atendida y con participación de los ciudadanos.

Las reformas deben soportarse en medias legislativas, en el buen gobierno, en la ejemplaridad ética y política que caracteriza el sistema sanitario y en el elevado nivel de confianza otorgado a sus profesionales por la ciudadanía.

4.5. Mejorar la financiación

La publicación de la Estadística del Gasto Sanitario Público (EGSP) 2011-2015 ha dado pie a interpretaciones y lamentos al constatarse el descenso del porcentaje de gasto correspondiente a AP. La EGSP es una operación estadística, incluida en el Plan Estadístico Nacional con la denominación de Cuentas Satélites del Gasto Sanitario Público, que se realiza en España desde 1988 (42).

El método de estimación del gasto sanitario público utilizado en la EGSP se basa en el análisis de la demanda final, medida a través de la identificación de todos los agentes públicos que incurren en gasto sanitario, bien sea prestando asistencia sanitaria directamente o bien financiando a otros agentes.

A nivel nacional el gasto sanitario público en el año 2015 en España supuso 65.565 millones de euros, lo que representa el 6,1% del PIB, todavía un 3,66% menos que en 2011. El gasto *per cápita* ascendió a 1.412 euros por habitante, un 3,1% menos que en 2011. La tasa de variación interanual solo se ha incrementado un 0,4% a pesar de que el PIB lo ha hecho en un 3,7%.

La remuneración del personal es inferior a la de 2011, porque aunque el consumo intermedio se ha incrementado en 1.400 millones de euros respecto a 2011, la remuneración de personal ha disminuido 1.446 millones.

Los servicios hospitalarios y especializados representaron un 62,4% del gasto total consolidado en el año 2015, experimentando un incremento de 1.102 millones de €; 3,9 puntos porcentuales en el quinquenio. Mientras que descienden el gasto de la AP (880 millones €), la Salud Pública (77 millones €), los servicios colectivos de salud (252 millones €) y farmacia (1.771 millones de €).

A pesar de que el gasto en farmacia en el último año subió un 1,3%, con respecto a 2009, año en que finalizó la tendencia alcista que venía experimentando históricamente el gasto sanitario público, el gasto farmacéutico por receta disminuyó un 21,6%.

Según la clasificación sectorial, el gasto de las CCAA fue responsable del 92,4% del total del gasto. Le siguen en importancia las Mutualidades de Funcionarios (3,3%), la Seguridad Social (2,3%), las Corporaciones Locales (1,0%) y la Administración Central (0,9%).

Las Mutualidades de Funcionarios (ISFAS, MUFACE y MUGEJU) son el único sector que en el quinquenio 2011-2015 experimentó una tasa anual media de crecimiento positiva del gasto sanitario, un 0,8%.

La Administración Central experimentó una acusada caída en 2014, que obedece principalmente a la reducción del gasto del Instituto de Salud Carlos III, organismo público de investigación, en unos 117 millones de euros, esto es, un 51,9% por ciento respecto al año 2013.

El gasto sanitario público consolidado del sector supuso 60.607 millones de euros, lo que representa el 5,7% del PIB. El gasto *per cápita* medio fue de 1.310 euros por habitante, siendo este último de 1.631 €/h para el País Vasco, el mayor de todas las 17 CCAA. Mientras que Andalucía mostró el menor valor, 1.090 €/h.

En términos de gasto total, que incluye la inversión (gastos de capital), el sector CCAA experimentó un aumento del 6,1%. Las comunidades que más incrementaron su gasto fueron Castilla y León, un 13,2%, la Comunidad Valenciana, un 9,1%, y las Islas Baleares, un 8,2%. Las comunidades que menos incrementaron su gasto fueron Aragón, un 2,6%, País Vasco, un 3%, y Cantabria, un 3,1%.

En el año 2015 el gasto en retribución de asalariados en el sector CCAA alcanzó la cifra global de 27.239 millones de euros, lo que representa el 44,9% del gasto consolidado del sector, y experimentó un incremento de un 3,8% por ciento respecto al año anterior.

La contribución del gasto farmacéutico al total del gasto sanitario público consolidado de la CCAA osciló entre el 13,2% de las Islas Baleares y el 19,8% de Galicia.

Por la evolución de estos presupuestos, algunos autores interpretan que las CCAA que más han recortado su gasto lo han hecho a expensas de grandes repercusiones sobre el gasto en AP, manteniendo constante –o incluso incrementando- el gasto hospitalario. Esto tiene una importancia fundamental, dado que el fortalecimiento de la AP se identifica como uno de los factores fundamentales de sostenimiento de los sistemas públicos de salud, así como es uno de los aspectos fundamentales de una inversión eficiente y equitativa en el sistema sanitario (43).

Respecto a los presupuestos para 2017, la FADSP señalaba que, a pesar de un incremento del 2,3%, se aleja mucho del de 2010 (922 millones € menos) por lo que es insuficiente para recuperar los recortes que se han llevado a cabo estos últimos años. Por otro lado la mayor parte de los mismos están destinados a financiar la provisión privada, de manera que los destinados a las mutualidades de funcionarios más los que se destinan a las mutuas de accidentes suponen el 87% de los 4.093 millones de € de incremento. Así mismo, siguen sin existir fondos de cohesión que deberían estar destinados a mitigar las desigualdades en salud entre las CCAA, aparece una partida de 5 millones para sistemas digitales, que también acabarán en manos de empresas privadas.

Otro ausente de los presupuestos es la dotación necesaria para sufragar la utilización de medicamentos de última generación, cuyos precios son fijados por el propio Ministerio de Sanidad y que son la principal causa de los tremendos problemas financieros de las CCAA (44).

El análisis más amplio sobre la evolución de la financiación de la AP es fruto del trabajo de J. Simó, generosamente depositado en su blog *Salud, dinero y atención primaria*.

Como se refleja en la Figura 1 (tomada de Simó), en los primeros años de la reforma de la AP el gasto creció de forma paralela al de atención especializada, pero a partir de 1989 el gasto no ha hecho más que divergir. Cada año que pasa, el gasto en atención especializada crece más (o decrece menos, durante la crisis) que el gasto en

AP. Ambos crecen en 2015 respecto de 2014, pero el de especializada crece más del doble que el de AP (7,74% vs. 3,15%). Si nos ceñimos al gasto sanitario del SNS, en el de las 17 CCAA, que representa el 92,44% del total del gasto sanitario público, también se ve la misma evolución y, respecto de 2014, el gasto en atención especializada crece en 2015 más del doble que el de AP (7,73% vs. 3,16%).

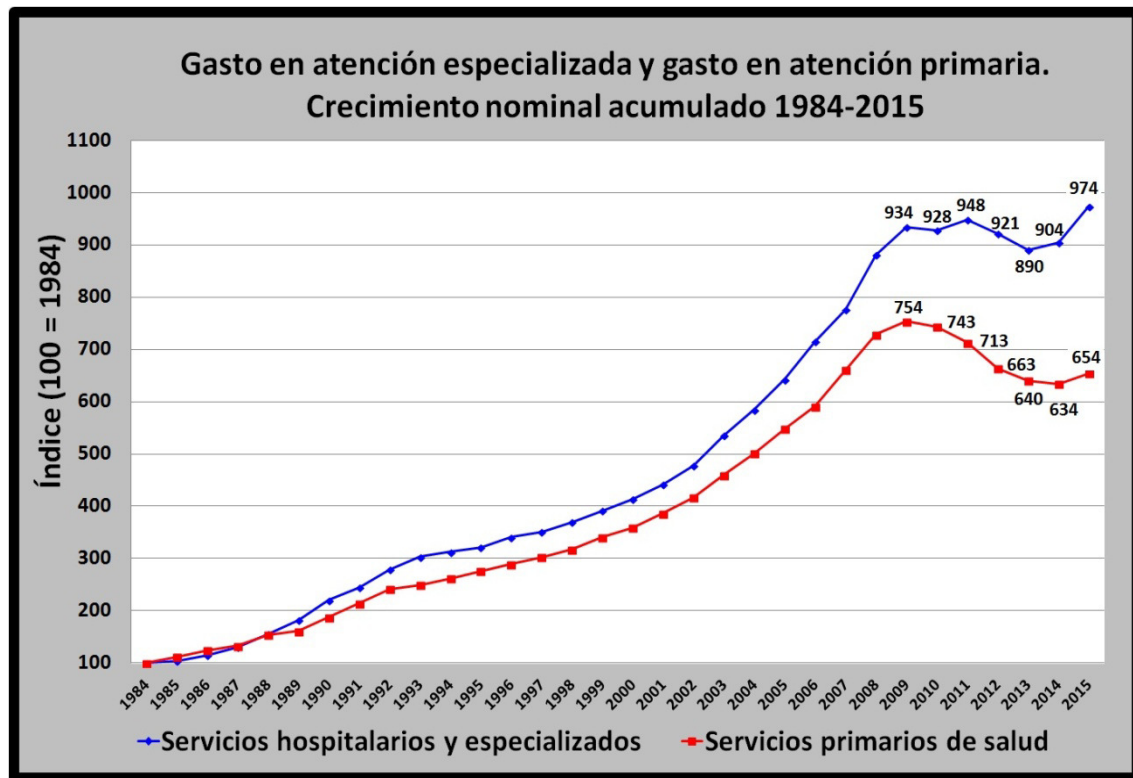
Entre 2009 y 2015, la brecha entre el gasto en AP y el de atención especializada en el SNS se ha ido incrementando y ha pasado de una diferencia de 13 puntos en 2009 a una diferencia de 46 puntos en 2015; es decir, más del triple en 2015 respecto de 2009. Por lo que respecta al gasto de personal en el SNS la brecha también se amplía y pasa de una diferencia de 9 puntos en 2009 a una diferencia de 22 puntos en 2015; es decir, más del doble en 2015 respecto de 2009.

El gasto sanitario público del SNS hizo máximos en 2009. En 2010 empezaron los recortes. Respecto de 2009, puede decirse que el gasto en atención especializada ya "ha salido" de la crisis puesto que supera sobradamente (en 9 puntos porcentuales) el que alcanzó en 2009 o su máximo de 2011. Sin embargo, el gasto en AP sigue enfangado en su crisis particular pues se sitúa todavía 24 puntos por debajo de su máximo de 2009. Esto significa que el gasto en atención especializada en el SNS es en 2015 un 4,5% superior al de 2009. Sin embargo, el gasto en AP en el SNS en 2015 es todavía un 12,8% inferior al de 2009.

En el conjunto del gasto sanitario público ocurre lo mismo. El gasto en atención especializada en 2015 supera en 40 puntos el de 2009, mientras que el gasto en AP en 2015 se sitúa todavía 100 puntos por debajo del que alcanzaba en 2009. Esto significa que en el conjunto del gasto sanitario público en 2015 el gasto en atención especializada es ya un 4,3% superior al de 2009, mientras que el gasto en AP en 2015 es todavía un 13,2% inferior al de 2009.

Miremos lo que miremos, gasto sanitario público total o el gasto sanitario en el SNS, el gasto en atención especializada en 2015 supera con creces su máximo histórico de 2011 mientras que el de AP se sitúa en 2015 en niveles de 2007, lo que lleva al autor del análisis a afirmar que la atención primaria está en la UCI (45).

Figura 1. Evolución del gasto en atención primaria y especializada



Fuente: Simó, J. (2017) "La atención primaria en la UCI", *Salud, dinero y atención primaria*.
<http://saludinerop.blogspot.com.es/2017/06/la-atencion-primaria-en-la-uci.html>

Como de costumbre, los intérpretes del gasto concluyen pidiendo más dinero; más porcentaje del PIB destinado a sanidad y más porción de ese porcentaje destinado a AP, cuando la pregunta correcta es: ¿necesitamos más presupuesto para seguir haciendo lo mismo? Parece que es más fácil pedir que interrogarse si con el presupuesto disponible se podrían haber hecho más y mejores actuaciones; si el presupuesto asignado se ha empleado correctamente.

Aunque se conocen algunos elementos de ineficiencia del sistema sanitario, como son 1/ el crecimiento imparable de la tecnología en términos generales y del coste de medicación en términos particulares (medicamentos biológicos y oncológicos, por ejemplo); 2/ la demanda asistencial impulsada por la medicalización de la vida cotidiana y por la demagogia de los políticos que siempre prometen más; 3/ el gasto farmacéutico en receta de farmacia; 4/ el sobrediagnóstico y sobretratamiento por la reiteración de pruebas diagnósticas y el empleo de remedios de eficacia no comprobada; o 5/ la variabilidad injustificada del ejercicio profesional entre centros y

entre médicos, no hay propuestas destinadas a aminorar el efecto de estas desviaciones.

La frustración y el malestar son las consecuencias de políticas de salud que no tienen en cuenta las aberraciones y los límites, porque la demanda de asistencia sanitaria no tiene límites naturales. En consecuencia los presupuestos sanitarios crecerán de forma imparable si no se aplican medidas de contención. El crecimiento puede ser tal que llegue a desbordar la capacidad financiera de las administraciones, de hecho, en España, el presupuesto sanitario es superior al 40% del presupuesto de algunas CCAA.

El estado de salud perpetua no existe; la muerte es inapelable. Perseguir la salud y alargar la vida a toda costa; que la medicina y la ciencia propongan remedios para todo y a cualquier precio y que los políticos regalen los oídos de la población proponiendo más recursos y más hospitales, lleva a seguir gastando de manera ineficiente y a arriesgar la salud de cada vez más personas por la iatrogenia del propio sistema.

Gastar más en sanidad y gastar sin criterio no convertirá a los políticos en mejores líderes, y no nos convertirá a los ciudadanos en seres más razonables mientras sigamos enlatando nuestra mente con todo tipo de videoterminals y de información estúpida y engrasando nuestro estómago con comida basura, por ejemplo.

4.6. Adecuar la dotación de personal

La evolución del crecimiento del gasto de personal en el SNS también es llamativamente ofensiva para la AP. Hasta 2009 el gasto en personal de atención especializada creció más que el de AP. Tanto en primaria como en especializada, el gasto de personal hizo máximos en 2009. En 2010 empezaron los recortes en personal, los cuales afectaron más al personal de primaria que al de especializada. En especializada se recortó en personal durante los años 2010, 2011 y 2012. Durante esos tres años el gasto en personal de especializada se redujo un 10%. Pero en personal de primaria, además de los recortes de 2010, 2011 y 2012, también se recortó en 2013 y en 2014. Durante esos cinco años de recortes (2010-2014), el gasto en personal de

primaria se redujo un 16%. Es decir, el recorte en personal ha sido más prolongado (2 años más) y profundo (un 60% más) en atención primaria que en especializada (45).

Las consecuencias más visibles han sido la pérdida de puestos de trabajo y la no reposición de vacantes por jubilaciones u otras causas, junto con el empeoramiento de las condiciones de trabajo en los médicos más jóvenes (contrataciones cortas o ultracortas, bajas remuneraciones, rotaciones laborales constantes).

En los próximos cinco años se producirá la jubilación masiva de muchos médicos de AP, muchos de ellos pioneros e impulsores de la reforma de la AP, con su dedicación, filosofía de trabajo y, en ocasiones, su mística vocacional. Los que les sustituyan, si se mantienen las tasas de reposición laboral, ni serán tan jóvenes como los que impulsaron la reforma en su momento ni estarán imbuidos de la filosofía que inspiró la reforma de la AP; tendrán un sentido más profesional y práctico del ejercicio en AP y estarán dotados de otras pautas de comportamiento social y profesional (puede que más proclives a la tecnología y al consumo), lo cual introducirá inevitables cambios en la AP y en la práctica médica en general.

Los pacientes también sufren las consecuencias del encadenamiento de contratos y la poca duración de los empleos y los cambios constantes de titulares en los cupos médicos y de enfermería, porque se rompe la longitudinalidad de la AP, el atributo que más se relaciona con su efectividad.

4.7. Proponer incentivos apropiados en AP

Tradicionalmente el pago de los médicos de AP en España ha sido por salario con una corrección *per cápita*, que tiene en cuenta algunas características de la población a la que se atiende (principalmente número de habitantes y distribución por edades, sin tener en cuenta morbilidad o necesidad de cuidados). Existen algunos componentes retributivos relacionados con la ruralidad y la dispersión de la población.

Tras la reforma de la AP, además de las retribuciones fijas, entre los años 1989 y 1992 se estableció un sistema de incentivos económicos denominado “Productividad Variable”, sin criterios claros para su acceso y distribución, escasa repercusión en el trabajo diario y poco motivador. En 1994 se estableció el sistema de incentivación en

AP que, con algunos cambios, ha llegado hasta nuestros días, basado en los “Contratos Programa” entre las Gerencias de AP y la Subdirección General de AP del Insalud. En dichos contratos se pretendía implicar a los profesionales en la consecución de los objetivos que la organización consideraba primordiales, previa acreditación de diversos instrumentos de gestión orientados a la descentralización (base de tarjeta sanitaria individual, sistema de información, cartera de servicios, asignación de recursos, contabilidad de farmacia, etc.). Inicialmente para percibir incentivos era necesario el cumplimiento presupuestario por parte de la Gerencia en su conjunto y su distribución era bastante discrecional. Para acceder a los incentivos, en los años siguientes se incluyeron los resultados de las encuestas de satisfacción del usuario y la Cartera de Servicios en el conjunto del Área, que se consideró como el “paradigma del desarrollo evaluativo en AP”, sin prestar mucha atención a la falta de involucración de los profesionales ni a las perversiones del proceso evaluativo. Se establecieron sistemas de comparación entre profesionales y centros, y de competencia entre ellos. La cantidad a recibir como incentivos variaba en función de lo que se hacía (a nivel individual, de equipo y de Gerencia), de la comparación con otros y de un sistema de “torneo” entre gerencias. En los últimos años noventa, el sistema fue mejorando, vinculando los incentivos a la consecución de objetivos previamente establecidos, independizando su cobro a nivel de EAP respecto a que la Gerencia respectiva cumpliera o no a nivel global. Posteriormente, con el objetivo de contener y mejorar el gasto farmacéutico se incluyó un incentivo económico individual relacionado con la prescripción de genéricos, que se ha ido modificando, pero que en general guarda relación con la contención del gasto en farmacia, la prescripción por principio activo, y el bajo uso de “novedades” terapéuticas.

Las transferencias sanitarias a las CCAA conllevó diversos cambios en los sistemas de pago a los profesionales, poco o nada coordinados, que ha supuesto en general una subida de los componentes fijos y algunos cambios en los sistemas de incentivos, en los que se tiene en cuenta la contención de costes (sobre todo en farmacia y en incapacidades temporales) y la calidad prestada, medida de muy diversas formas, en función de la disponibilidad de sistemas de información. También ha habido una evolución de la incentivación grupal, a nivel de centro de salud, hacia la individual (por ejemplo en farmacia). En general las cantidades destinadas a incentivación variable son bajas en relación a las retribuciones fijas totales.

Existen pocas iniciativas de incentivación en AP orientadas a estimular lo que le es más propio, como la longitudinalidad, la accesibilidad, la capacidad de resolución, la atención integral centrada en la persona (cada vez es más frecuente su parcelación), la atención a la comorbilidad o la coordinación inter e intraniveles asistenciales.

La implicación de los médicos en estos pactos y sistemas de incentivos es muy dispar (desde los que orientan en gran medida su actividad hacia su consecución, hasta los que los ignoran por completo). En algunos casos se pueden generar dilemas éticos entre el objetivo de contención de costes y las consideradas necesidades de la población.

Las repercusiones de los incentivos orientados al ahorro farmacéutico no deberían medirse sólo en función de las variaciones en el gasto, sino que se deberían relacionar con la calidad real de la prescripción, en función de los problemas de los pacientes y con los resultados que se obtienen. Además, debería evaluarse su influencia en las relaciones entre los médicos de AP y 1/ los especialistas, porque se generan tensiones entre médicos de AP y especialistas por no asumir las prescripciones del otro, el cambio de marca, el uso de principio activo o tratamientos que se consideran equivalentes. Estos desencuentros pueden influir negativamente en la relación e incluso en la inhibición de algunas derivaciones; 2/ con otros médicos de AP, por discrepancias entre ellos relativas a la forma de prescripción y la orientación o no hacia el cobro de incentivos; 3/ con la relación médico-paciente (si la población percibiese que el médico tiene intereses económicos en relación a la prescripción que le realiza podría minarse de forma importante la confianza); 4/ con la industria (repercusión negativa de cara a participar en actividades profesionales o formativas financiadas por ella); y 5/ con la organización sanitaria: falta de objetivos comunes, incompreensión, falta de colaboración, o colaboración orientada exclusivamente a percibir unos incentivos que pueden considerarse perversos, pero interesantes. Un problema importante en AP es la prescripción inducida desde especializada, que a menudo contradice muchas de las iniciativas promovidas desde la propia AP.

Como pasa con el incentivo al ahorro en gasto farmacéutico, con el incentivo a la reducción del número y duración de las bajas laborales se prima la cantidad, no la calidad. De hecho, los médicos que ejercen un control constante e intenso sobre sus pacientes en incapacidad temporal, logrando una duración media estable, recibirán un

incentivo mucho menor que aquellos médicos que controlan menos las bajas y que, conociendo los criterios de incentivación, se aplican a la tarea de reducir su duración cuando se acerca el momento de la evaluación (46).

4.7.1. Incentivos y carrera profesional

La carrera profesional había generado bastante expectativa en cuanto a una posible forma de incentivación a los profesionales, tendente a promover procesos de cambios continuos de mejora de calidad asistencial, posibilitar políticas de personal que compatibilicen el desarrollo individual y la corresponsabilidad con los objetivos del sistema de salud, valorar la calidad de la actividad y reconocer los méritos personales, lograr una mayor identificación entre los modelos retributivos y la estrategia y valores de la organización y, finalmente conseguir un modelo de incentivación equitativo que relacione lugar de trabajo, aportaciones del profesional, resultados individuales y del equipo y que vincule las retribuciones con las actividades que añaden más valor. Al final, cada CCAA ha puesto en marcha su propia carrera profesional, pero en general basada principalmente más en el tiempo de ejercicio profesional que en otras cuestiones.

Algunos inconvenientes de los modelos de carrera profesional son:

1. La carrera profesional se concibe como un mero medio de incentivación económica desigual.
2. Introduce elementos variables en concepto en un proceso en sí mismo irreversible.
3. Introduce elementos de incertidumbre en valoraciones que deberían ser más concretas.
4. Introduce elementos de alta discrecionalidad cuando no de arbitrariedad (el 26% de la puntuación máxima es de índole valorativa subjetiva).
5. Introduce elementos negativamente discriminatorios entre profesionales urbanos/rurales y los docentes/no docentes, cuando el acceso a dichas posiciones no son igualitarios (más bien son altamente selectivos).
6. Se obvia intencionadamente la posibilidad de circulación de los profesionales por los diferentes ámbitos profesionales y el impulso y valoración de posibles trayectorias diversificadas en base a una carrera profesional.

En resumen, un sistema de incentivos debería formar parte de una estrategia global de motivación de los profesionales para mejorar los objetivos del sistema sanitario y la

salud de la población. Los incentivos deberían basarse en indicadores extraídos de registros consustanciales a la práctica clínica de calidad, para evitar la generación de datos artificiales mediante una “ingeniería documental”.

Estos sistemas de incentivación difieren entre atención primaria y hospital. En atención primaria están vinculados al ahorro (farmacéutico, incapacidad temporal) y en menor medida a la calidad y a otras variables. En hospital se relacionan principalmente con la estancia media y con las listas de espera, y se ha señalado un incentivo no financiero perverso, al menos inicialmente, como es el de la “fascinación tecnológica”.

En general, los incentivos son de poca cantidad en relación a las retribuciones fijas. Su aceptación y utilidad en relación a lo que se pretende estimular es muy variable. Existe dificultad para definir y medir lo que se quiere incentivar, y en ocasiones las actividades o su registro se orientan hacia los aspectos incentivados en menoscabo de los demás.

Existen pocas evidencias de los resultados de las distintas propuestas motivacionales y de los sistemas de incentivos, por lo que su implantación debería hacerse con prudencia, porque se pueden producir inequidades, al ejercer más presión sobre los pacientes más vulnerables (pobres, incultos) que sobre los que hacen un uso más autónomo de los servicios. Y por supuesto, deberían ser objeto de evaluación continua. En todo caso, el disfrute de los incentivos externos no debe comprometer la motivación intrínseca del profesional.

Finalmente, si es importante que los incentivos favorezcan la coordinación e integración asistenciales, resulta tremendamente contradictorio pagar a los médicos de atención primaria por no hacer: no derivar, no prescribir, no pedir pruebas, y a los médicos hospitalarios por hacer cuanto más mejor: más visitas, más pruebas, más ingresos, más intervenciones (46).

4.8. ¿Qué propuestas de cambio en la estructura de la AP se han llevado a cabo?

Para que la AP alcance liderazgo tiene que proporcionar servicios eficientes y de calidad, en el tiempo correcto, el lugar apropiado y por profesionales competentes; debe proporcionar la mayor parte de la atención cerca del domicilio del paciente, reservando los hospitales para los procedimientos altamente especializados. La AP estará más cerca del liderazgo social cuando sea capaz de afrontar las desigualdades de salud y de trasladar responsabilidad y autonomía de decisión a cada vez más pacientes, sobre todo a aquellos que padecen dolencias crónica, y cuando consiga la cooperación de la población para organizarse y para funcionar. En este sentido se han propuesto cambios organizativos y asistenciales en todos los niveles, concediendo mayor autonomía a los centros; establecer sistemas de información clínica y apoyos para la toma de decisiones y promover relaciones con la comunidad y fomentar el autocuidado.

Desde el punto de vista estructural, los cambios organizativos tendentes a favorecer la autonomía de los equipos de AP, hasta ahora han tenido escaso eco en nuestro país. Salvo experiencias aisladas, donde se dispone de un muestrario variado es en Cataluña.

4.8.1. Reformas en países europeos

Comparar sistemas sanitarios es un esfuerzo con una utilidad limitada dada la diferencia de contextos, de forma que, entre los países de nuestro entorno (UE de 17 países), no se puede determinar cuál es el mejor sistema sanitario, en parte, también, por los diferentes métodos de recogida de los indicadores sanitarios analizados. En algunos de ellos, tanto con sistemas de salud basados en la seguridad social (Francia, Alemania), como basados en impuestos generales (Dinamarca, España, Italia, Inglaterra), se observan tendencias comunes en su AP, por ejemplo: 1/ otorgar a los médicos de AP función de “puerta de entrada” allí donde no la tienen; 2/ intervenir en el control del gasto sanitario mejorando la AP; 3/ combinar capitación y salario en el pago a los médicos; 4/ favorecer la tendencia de los médicos a asociarse; 5/ tender a la cobertura universal, y 6/ reducir las camas de hospitalización de agudos (47).

4.8.2. Reformas en Inglaterra

En las evaluaciones realizadas a partir de la introducción de los presupuestos cerrados con el denominado modelo “*fundholding*” de los años 90 del siglo pasado, se ha comunicado (48, 49, 50):

- No había diferencias, en costes y resultados, entre los médicos con presupuesto cerrado (*fundholding*) y entre los que no tienen presupuesto.
- Se incrementaron los gastos de administración del sistema en *fundholding*.
- El impacto en derivaciones y en gasto farmacéutico fue mínimo.
- Los médicos veían amenazado su compromiso con los pacientes y su autonomía profesional.
- Los médicos se sentían presionados por los métodos gerenciales y se mostraban hostiles hacia la gestión asistencial. También criticaban los siguientes aspectos que se relacionan:
 - La gestión clínica interfería en la búsqueda del beneficio para el paciente.
 - La medicina gestionada no tiene fundamento científico.
 - La práctica clínica no puede basarse en la tiranía de los protocolos y en el uso ciego de la medicina basada en la evidencia.
 - Hay riesgos para la salud del paciente si su médico corre un riesgo financiero, porque deriva mucho o pide muchas pruebas, por ejemplo.
 - Los tiempos de espera preferentes para centros autogestionado ocasionan desigualdad en el acceso.
 - El abaratamiento de costes se hacía a expensas de reducir servicios.
 - Se producía concentración de servicios especializados en determinadas zonas geográficas.
 - La búsqueda de la eficiencia a corto plazo primaba los servicios curativos por encima de los preventivos.
 - La complacencia y el clientelismo mejoraban la calidad aparente, pero no los resultados en salud.

Otras iniciativas posteriores, como los *clinical commissioning group*, compradores de servicios de salud desde 2013, han introducido mayor complejidad en los regímenes económicos, en los mecanismos de rendición de cuentas y opacidad en los mecanismos sancionadores. Además, las reformas han tratado de contener los costes y mejorar la calidad, logrando así aumentos de eficiencia, mientras que la equidad no se

ha priorizado. Se necesitan políticas sociales más amplias, para mejorar el acceso a la atención médica y contribuir a reducir las desigualdades en salud (51).

4.8.3. Experiencias en España

En Cataluña, el modelo Vic (en torno a 15 centros autogestionados), con similares tasas de frecuentación pero mayor porcentaje de población atendida que el resto de Cataluña, obtiene menor gasto farmacéutico, disminución de las derivaciones, elevada satisfacción de los usuarios, que valoran especialmente la seguridad del médico, y buena satisfacción profesional: autonomía, estabilidad y salario (52).

Otros estudios sobre eficiencia de los centros de salud reflejan que los más eficientes tienen tasa de derivación más bajas, pero no se sabe con seguridad si lo correcto es tener una tasa de derivación más baja, ni cual es la tasa de derivación más adecuada. No se tiene información para hablar de adecuación de derivaciones, pero se asume que los centros de salud no tienen ningún incentivo para dejar de derivar pacientes.

Ahora, casi la cuarta parte de los centros de AP catalanes tienen gestión privada: mutuas, consorcios o Entidades de Base Asociativa (EBA's). Según el informe de la fundación Avedis Donavedian, que analizó 103 indicadores y que entrevistó al 62 % de los médicos de AP, no hay diferencias significativas ni entre los indicadores de los tres tipos diferentes de gestión ni en el coste/habitante/año (99,2 € en el ICS, 95,4 € en los EBA y 98,5 € en el resto de proveedores). El Sindic de Greuges tampoco encuentra diferencias importantes, y las que hay no son comparables porque las condiciones de base son diferentes: 1/ razón habitantes/ médico más favorable a los EBA; 2/ donde sólo hay un hospital de referencia y CS con distintos modelos no hay garantías de que las listas de espera favorezcan a los EBA; 3/ para algunas pruebas exploratorias, en los centros públicos piden preoperatorio; en los hospitales privados no piden preoperatorio a los EBA para la misma prueba; 4/ hasta ahora el ICS ha enjugado los déficits de los EBA; 5/ los profesionales se quejan del horario excesivo; 6/ el apoyo a la gestión privada es una decisión política, no legal: ¿sobre quién recaerá el posible riesgo económico cuando deje de haber apoyo político?, ¿mermará la calidad asistencial?; ¿quién se hará responsable de una mala praxis? (53).

En zonas socioeconómicas similares, la evaluación de los servicios sanitarios prestados por EAP organizados según fórmulas de gestión diferenciadas no permite

identificar diferencias relevantes, y las variaciones observadas parecen relacionarse con las características de la población, por su patrón de uso de los servicios públicos o por otros condicionantes externos (54).

En Euskadi, el fomento de la cultura de gestión clínica induce mejores resultados clínicos y económicos, los instrumentos contractuales comienzan a admitirse por el personal asistencial y sus potencialidades pueden mejorar el uso de recursos sanitarios (55).

En los centros con contrato de gestión clínica se aborda mejor el tabaquismo, la obesidad, los bebedores de riesgo, las enfermedades respiratorias, y las demencias. El abordaje es similar en hipertensión, hiperlipidemias, diabetes, ansiedad, depresión, atención al niño sano, lactancia materna, embarazo no deseado, menopausia y atención domiciliaria (56).

4.8.4. Otras propuestas de innovación organizativa sanitaria

En la literatura se han recomendado medidas para mejorar la macrogestión, por ejemplo introducir competencia gestionada, desmonopolización, prioridades, reorientación del estado de bienestar, orientación hacia la AP, etc. En mesogestión: privatizar la organización de los servicios sin cambio de titularidad; descentralización e incentivos. En microgestión o gestión clínica: Vías clínicas como constatación de variaciones; estudios de efectividad y adecuación; validación de medidas de calidad de vida relacionadas con la salud; análisis de decisiones diagnósticas y terapéuticas; guías de buena práctica clínica. Entre las vías no clínicas: asociación de profesionales y contratos de incentivos en el ejercicio por cuenta ajena. En general, se proponen: radicalismo selectivo, formación, selección de los mejores y protección de la actividad no inmediata (57).

4.8.5. Respecto a la forma de pago y a los incentivos

No hay un sistema de pago al médico ideal, aunque el que más influencia beneficiosa teórica tiene sobre las características de la AP (accesibilidad, continuidad, longitudinalidad, coordinación) es el sistema de pago caputivo (58).

Se tiende a modelos mixtos: pago por capitación (permanencia del paciente en el cupo), pago por prescripción adecuada y por derivación correcta, por ejemplo (59),

aunque no se han promovido experiencias que permitan análisis comparados de distintas alternativas de remuneración, al menos en España.

4.8.6. Coordinación con el hospital

En cuanto a las iniciativas favorables a la coordinación con el nivel hospitalario, las revisiones realizadas muestran que las reformas que han modificado la relación entre médicos generales y especialistas han servido para mejorar la accesibilidad de los servicios y la satisfacción de los pacientes, pero no se ha demostrado impacto sobre la demanda derivada, sobre el coste de la atención, ni sobre los resultados en salud (60).

4.8.7. Diversificación de proveedores y autogestión de los equipos

Como resumen, en la tabla 1 se reflejan ventajas e inconvenientes de los distintos modelos de gestión. En términos generales, los datos apuntan a una mayor satisfacción de los profesionales en los modelos autogestionados y a unos resultados equivalentes en datos de actividad, eficiencia y satisfacción ciudadana.

Tabla 1 .Características de los distintos modelos de gestión en AP

Nuevos modelos de gestión	Características	Beneficios	Problemas
“Autonomía de gestión” (dirección por objetivos, contrato programa, contratos de gestión, gestión clínica o gestión por procesos)	Descentralización en el seno de un único proveedor público. EAP gestionado por proveedor público único (SAS, ICS, SES, SACyL, Osakidetza,...); competencia, más teórica que real, entre EAP dentro de la misma empresa	1.Modelo arraigado: más del 90% de los EAP y más del 85 % de los profesionales 2.Transparencia y flexibilidad 3.Valoración individual y colectiva de la motivación 4.Carácter participativo	1.Dudas sobre la capacidad de los incentivos para producir mejoras 2.Falta de integración entre niveles asistenciales 3.Descoordinación en la protocolización (los incentivos animan a seleccionar riesgos y derivar al otro nivel el mayor número de cargas posibles) 4.Intromisión del planificador (los objetivos dependen de los modos posibles de lograrlos, según el planificador) 5.Escaso sustento epidemiológico y en planes de salud (mayor énfasis en productos intermedios que en finales) 6.Criterios económicos (ahorro, sobre todo farmacéutico) 7.Cantidades variables (desde un 10% de las retribuciones hasta mucho más en caso de directivos de unidades de gestión)
“Calidad total”: Unidades clínicas, gestión de procesos (SAS, Osakidetza), dirección clínica (ICS)	Mejora continua de la calidad: gestión de la asistencia sanitaria individual, gestión de procesos asistenciales, gestión de la unidad	1.Novedad 2.Rediseño de actividades (en la relación medicina-enfermería) 3.Mejora en los EAP: reparto de tareas, individualización de objetivos y preocupación por la calidad 4.Aumento del grado de compromiso de los profesionales 5.Mejora de la calidad asistencial: liga actividad y formación continuada 6.Necesidad de coordinación entre niveles asistenciales	1.Reticencia a participar en gestión e incentivos poco atractivos 2.Desigualdad en la negociación del presupuesto, impuesto por la administración 3.Controles de calidad dudosos: encuestas de satisfacción 4.Objetivos de asistencia: no se puede predecir el volumen de pacientes a atender 5.Integración del personal de atención al usuario (aspecto apenas ensayado)

		7.Papel del coordinador/director médico	
“Oligopolios” (consorcios, fundaciones y empresas públicas)	Diversificación de proveedores públicos. EAP gestionados por empresas sin ánimo de lucro (titularidad pública, derecho privado); gestoras de un hospital próximo: consorcios, fundaciones, empresas sanitarias de carácter público con gestión empresarial	1.Adaptación al cambio: capacidad de amoldarse a nuevas situaciones y relación entre interés de los profesionales y objetivos fijados 2.Clarifcación de objetivos: la entidad compradora establece objetivos no actividades 3.Eficacia, eficiencia y competitividad 4.Función reguladora del sistema: el médico de AP canaliza los pacientes hacia el centro más adecuado 5.Mayor satisfacción del usuario y del profesional: relación más personalizada 6.Aumento del nivel de servicios 7.Facilitación del trabajo en equipo	1.Selección adversa de pacientes 2.Equidad: tiempos de acceso preferentes 3.Imperativos financieros: la competencia sustituye a la cooperación y a la coordinación; se mejora la cuenta de resultados traspasando costes 4.Accesibilidad: grupos menos favorecidos podrían verse privados de algunos servicios 5.Sobrevaloran la eficiencia a corto plazo: atención vs. prevención; demandas de los pacientes vs. necesidades 6.Clientelismo 7. Aumento de costes de transacción 8.Modelo hospitalocéntrico: la AP capta clientes 9.Fragmentación del SNS 10. No hay pruebas comparativas de que reduzcan la resolución y la competencia. De hecho hay mayor derivación al hospital debido al sistema de pago de hospitales por ingreso
Empresas de profesionales. “Cooperativas” “Sociedades Limitadas”	Diversificación de proveedores privados. EAP gestionados por una empresa propiedad de profesionales con finalidad lucrativa: EBA (entidad de base asociativa)	1.Mejor utilización de recursos: mejora de procesos, reducción de la variabilidad, uso adecuado de recursos 2.Se facilita el trabajo en equipo 3.Mayor grado de incentiación profesional 4.Mejor relación médico-paciente 5.Más receptividad ante las demandas de los usuarios 6.Mejora la accesibilidad 7.Potenciación de los servicios auxiliares 8. Reequilibrio en la relación AP-especializada. Capacidad de selección de personal en función de necesidades y perfiles y no de bolsa de trabajo. Autonomía en la organización del trabajo	1. Desconfianza de los usuarios: conflicto de intereses entre servicios prestados a los pacientes e incentivos sobre los médicos 2. Imperativos financieros: incentivar la buena práctica vs. el ahorro 3. Limitación de beneficios: rentas personales vs. retribuciones en especie (restringir la maximización de beneficios) 4.Carrera profesional 5.Tipo de dedicación 6.Universalidad (voluntariado y monopolios naturales) 7.Equidad de acceso 8.Selección de riesgos 9.Abuso de la temporalidad laboral 10. Falta de equidad en la atención 11. Falta de asunción de riesgos reales 12.Predominio casi exclusivo de la función asistencial 13.Clientelismo: refuerzo de la calidad aparente 14.Aumento de los costes administrativos

Fuente: Canals J, Duque A, González R, López M, Martinena E, Navarro C et al. La atención primaria de salud en España. Análisis de la situación actual y propuestas de futuro. Madrid: CC.OO. Federación de Sanidad, 2003. (Elaboración propia).

En cuanto a las reformas para incrementar los contenidos de la AP, en bastantes CCAA se han propuesto mejoras en el funcionamiento de los centros, con la intención de dotarlos de mejor acceso a pruebas diagnósticas porque, comparándonos con otros países del entorno, nuestros médicos de familia ofrecen menos polivalencia. Por ejemplo no atienden a los menores de 14 años ni suelen seguir a las embarazadas, derivan con mayor frecuencia al especialista casos que con tecnología, tiempo y

formación podrían atender, y en cambio realizan tareas fácilmente delegables en personal administrativo o en otro personal sanitario .

Otros inconvenientes tienen que ver con la falta de flexibilidad del horario de centros y de agendas profesionales, que ocasionan, por ejemplo, que aparezcan listas de espera para ver al médico, lo que contradice el principio de accesibilidad propio de la AP, y también el abandono de la atención domiciliaria. Este aspecto es llamativo en el caso de los pacientes terminales, cuya atención por AP no debería quedar reducida a un horario rígido.

La mayor parte de los acuerdos de mejora de la AP propuestos cuentan con un moderado respaldo profesional; contemplan avances en el equipamiento y en los recursos humanos, una eliminación relativa de las limitaciones de acceso a pruebas diagnósticas y la reducción de la burocracia, pero existen dudas sobre su cumplimiento. Únicamente se puede destacar el avance en la informatización de las consultas y los proyectos de receta electrónica, que pueden mejorar la relación con el nivel especializado y reducir el trabajo burocrático, sin embargo la historia clínica compartida está muy retrasada.

Desde principios de la reforma los profesionales reclamaban un mayor grado de autonomía dentro de los centros de salud, gestionados rígidamente por la administración sanitaria pública. Cataluña desarrolló la experiencia más innovadora en este campo a finales de los noventa creando las Entidades de Base Asociativa (EBA). Son organizaciones con entidad jurídica propia, destinadas a prestar servicios de atención primaria a los ciudadanos de un área básica de salud, constituidas mayoritariamente por profesionales sanitarios que desarrollen sus servicios en la misma entidad. La iniciativa apareció dentro de una política global de diversificación de proveedores de atención primaria, para incorporar en este ámbito una estrategia de gestión que se consideraba de éxito en los hospitales de la comunidad.

Se han realizado diferentes intentos para comparar la efectividad de los diferentes modelos (54, 61), si bien la evaluación es muy complicada por la dificultad de neutralizar los factores determinantes de los resultados, como las características socioeconómicas y demográficas de la población atendida, o como la edad y antigüedad de los equipos (62).

Las mismas dificultades surgen al comparar equipos en los estudios de *benchmarking* que realiza la Región de Barcelona. Es significativo por ejemplo que el 33% de los pacientes atendidos por las EBA tienen doble cobertura sanitaria, frente al 8-24 % del resto de proveedores. Estos factores ambientales explican que en la última evaluación se encontraran mayores diferencias entre los equipos de un mismo esquema de gestión que entre los diferentes modelos. Los investigadores concluyen que los resultados asistenciales de las diferentes fórmulas de gestión son similares, a pesar de que cada esquema tiene un factor diferencial. Señalan que los equipos de las entidades que simultáneamente gestionan los hospitales del territorio tienen una mayor coordinación. Sin embargo, una evaluación de la experiencia de la gerencia única en España muestra que ésta no siempre se relaciona con una mayor continuidad asistencial (63). Se apunta que los equipos públicos del ICS, con más enfermeras, prestan más atención domiciliaria (59).

Los profesionales de las EBA tienen una lista de espera significativamente menor, y están más satisfechos. Si bien el bajo índice de respuesta a las encuestas hace sospechar que la satisfacción se concentre más en los propietarios que en los empleados.

La conclusión principal es que la propia diversificación, más que las características de un determinado modelo, ha sido el estímulo de la mejora. La ausencia de una situación monopolística en la provisión y la existencia de un cierto grado de competición entre modelos y empresas han estimulado la mejora global (64).

4.8.8. Pago por resultados

Siguiendo tendencias internacionales, y después de la modificación del estatuto marco de los trabajadores de la Seguridad Social en Diciembre de 2003, casi todas las autonomías han tendido a introducir modelos de retribución variable. Los incentivos se agrupan en dos bloques. Por un lado, se fija un complemento de productividad variable ligado al cumplimiento objetivos de calidad, lo que internacionalmente se conoce como “*pay for performance*”, y por otro se retribuye el avance en una carrera profesional de atención primaria, equiparable a la que existía en algunos hospitales. Desafortunadamente, este segundo bloque ha tendido a la burocratización, a la linealidad, desvinculándose del desempeño de los profesionales.

De las pocas evaluaciones de esta innovación, destaca la del ICS. En esta organización la introducción de la carrera aumentó la percepción de todos los colectivos profesionales de tener soporte directivo. Seguramente apreciaban el hecho de que la institución reconociera los mismos méritos que ellos consideran importantes (65).

Las primeras evaluaciones apuntaban a que la aplicación de esquemas de incentivación excesivamente agresivos podían agravar la sensación de presión asistencial y en consecuencia dañar aspectos esenciales de la calidad de los resultados asistenciales (66).

La experiencia posterior muestra que, al igual que ha ocurrido en otros países, los incentivos modifican especialmente la conducta de aquellos profesionales que parten de posiciones más rezagadas; que favorecen la picaresca; que modifican sólo aquello que se evalúa; que su promoción de la mejora desaparece cuando se alcanza las metas fijadas y que su impacto sobre la salud de los ciudadanos es desconocido. Se tiende más a “clicar” determinadas casillas de la historia clínica electrónica que a mejorar la atención clínica (46).

Una de las principales dificultades del modelo es la falta de concordancia de los objetivos fijados a AP con los de los hospitales, que siguen sin tener sus retribuciones vinculadas a la racionalización de la prestación farmacéutica o al control de enfermedades crónicas. Al contrario, la financiación de los hospitales por actividad desincentiva evitar ingresos de pacientes con patologías crónicas.

4.8.9. Potenciar la atención domiciliaria

Una de las fortalezas es la existencia de programas de atención domiciliaria para pacientes con patologías crónicas que no pueden desplazarse al centro de AP. Se aplican a pacientes con alto grado de comorbilidad y dependencia, que suponen aproximadamente un 10% de la población mayor de 65 años.

La evaluación muestra que los equipos prestan una atención muy reactiva a la demanda. Las cargas de enfermería se explican por la demanda de los pacientes. La actividad aumenta ante la presencia de algunos problemas clínicos como las úlceras

por decúbito, y en cambio disminuye en pacientes no demandantes como los que tienen deterioro cognitivo (67). Así mismo, la falta de coordinación con los servicios de urgencias y los hospitales, así como la demanda de los pacientes y los familiares, explican las hospitalizaciones innecesarias en estos pacientes.

La promulgación de la Ley de Dependencia prometía una ayuda inestimable a la atención a este sector de la población con alto nivel de comorbilidad y dependencia. Sin embargo, la lentitud en su implantación y su desvinculación del entorno sanitario han impedido que se cubrieran las necesidades de este colectivo.

El modelo de atención domiciliaria debería repensarse y reorientarse, para pasar de atender a la demanda a cubrir las necesidades reales de la población. Para ello, debería atender a las personas que se identificaran de alto riesgo por los sistemas de información que disponemos (historia clínica electrónica, consumo de farmacia, altas hospitalarias, o registro de dependencia), con equipos multidisciplinarios que ofrecieran atención social y sanitaria y atendieran los problemas de salud de forma proactiva.

4.8.10. Desarrollar los sistemas de información sanitaria (SIS)

Una oportunidad de mejora en el ámbito de la AP se debe a la introducción de las tecnologías de la información y la comunicación dentro de la actividad clínica. La generalización de la historia clínica electrónica, la receta electrónica y las experiencias de telemedicina y de ayudas electrónicas a las decisiones clínicas podrán disminuir la burocracia y modificar la calidad de la atención prestada en el primer nivel, si permiten compartir información y avanzar en la integración asistencial entre niveles. En este ámbito nuestro país se encuentra relativamente avanzado, a pesar de que no se ha permitido que los SIS autonómicos sean interoperables (la TSI ya es interoperable a efecto de dispensación de medicamentos entre varias CCAA, sin embargo los pacientes hacen acopio de medicamentos en su comunidad de origen cuando se desplazan a otra comunidad por vacaciones o por periodos largos de tiempo), y de acceso universal para todo el Sistema Nacional de Salud (SNS) y desde fuera de nuestras fronteras.

Para facilitar la atención clínica y la gestión, los SIS deberían ser comunes a todo el SNS y estar basados en un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), para disponer

continuadamente de la información sanitaria de la población, del total de la actividad, de la gestión económica y administrativa y de la historia clínica estructurada por episodios de atención; y para orientar el comportamiento sanitario mediante la gestión por comparación.

A pesar de las grandes posibilidades que ofrecen los sistemas de información basados en la explotación de la gran variedad de registros que se manejan en la asistencia sanitaria, todavía estamos lejos de disponer de rutinas analíticas que proporcionen con discrecionalidad información sobre resultados asistenciales, con indicadores del tipo hospitalizaciones evitables o de ACSC; así como análisis de la variabilidad de la práctica asistencial que vayan más allá de los relativos al gasto farmacéutico o a la evolución de las bajas laborales.

4.8.11. Las estrategias reformadoras propuestas por el mercado

Como cualquier servicio asistencial, y como cualquier actividad humana, para mejorar la calidad de sus actuaciones, la AP necesita reformas, pero ¿qué reformas?. Posiblemente no piensan en las mismas reformas la administración sanitaria, la población y los profesionales. La administración probablemente no acepte de buen grado grandes modificaciones porque, en general, se muestra complacida con la AP que tenemos, porque sale muy bien librada en las comparaciones internacionales y, en lo local, no genera apenas conflictividad.

Las reformas que se propongan dependerán de los intereses de los proponentes; no tienen porque coincidir con las que la población necesita y, en el caso de los profesionales, difícilmente aceptarán éstos reformas que empeoren su estatus laboral y personal; su calidad de vida.

¿Y el mercado que dice?. ¿Qué dicen los grupos médicos/ aseguradores/ tecnológicos/ universitarios que están detrás del negocio de la salud, de la estrategia de crónicos, etc...?, y, en general, de las propuestas con más apoyo económico-mediático y con mayor poder de penetración en el imaginario social y profesional.

Desde los círculos económicos influyentes se propone una reestructuración de la AP orientada a satisfacer las demandas de la población, clasificando los subgrupos de pacientes predominantes en función de sus necesidades al acceso, del profesional que

les atenderá preferentemente y de los recursos adicionales que puede necesitar (68). Se proponen cinco grupos de pacientes: sanos, sanos con una enfermedad aguda compleja, en riesgo, crónicos y complejos. Son subgrupos que también se podrían considerar en la AP española, aunque los porcentajes de cada subgrupo de población puedan variar por diferencias culturales, por el tamaño muestral, etc..., como se refleja en la tabla 2 a partir de un registro realizado durante una semana con las consultas atendidas en un centro de salud (n = 1.155). Las consecuencias organizativas y funcionales de reorientar la actividad en el sentido propuesto para la actual AP tendrían consecuencias determinantes sobre los modelos de AP predominantes.

Tabla 2. Clasificación de los pacientes según su demanda

Subgrupo	Contenidos	% teórico	C.S. Zona Centro. Cáceres % (IC 95 %)	Miembros del equipo
Crónicos	Gestión de enfermedades, prevención secundaria, manejo de las complicaciones agudas	45	35,5 (34,1-36,9)	Enfermero de consulta, farmacéutico, médico, educador, psicólogo
Sanos	Mantener la salud	36	20,7 (19,5-21,9)	Enfermero de consulta, asistente médico
Sanos con una enfermedad aguda, compleja	Detección precoz de patología potencialmente grave, diagnóstico ajustado	variable	28,8 (27,5-30,1)	Médico, enfermero, trabajador social, unidades especializadas
En riesgo	Prevención primaria y mantenimiento de la salud, modificar riesgo	18	6,0 (5,3-6,7)	Enfermero de consulta, médico, educador, psicólogo
Complejos	Prevención y manejo de complicaciones; evitar urgencias e ingresos hospitalarios	5	6,8 (6,1- 7,5)	Gestor de casos, médico, educador, psicólogo, trabajador social, unidades especializadas
Sin clasificar		-	2,2 (1,8-2,6)	

Fuente: Elaboración propia

En este escenario el médico dejaría de ser la puerta de entrada en el sistema siempre; se daría mucho protagonismo a enfermería; otros actores adquirirían presencia: trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, podólogos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, profesionales de enlace, gestores de casos, conciliadores de prescripción, etc..., con lo que aumentaría la fragmentación asistencial y la

compartimentación de los pacientes, la posibilidad de efectos indeseados, el coste global de los servicios, etc..., y las ganancias en salud serían discutibles, sobre todo en términos de coste-oportunidad para el conjunto del sistema sanitario y, en particular, para justificar la financiación pública de las coberturas que proporcionarían esas profesiones.

Una concepción de la AP basada en estas necesidades asistenciales, teniendo en cuenta el alto porcentaje de crónicos y de solicitud de actuaciones preventivas, también abonaría el auge de, por un lado, las estrategias de crónicos, y por otro el de la medicina 4P (participativa, personalizada, predictiva, preventiva), y de la denominada medicina de precisión.

La conocida “estrategia de crónicos”, con su defensa del “empoderamiento” y de la coparticipación puede que lo que persiga sea en realidad el traslado al ámbito particular de cada vez mayores parcelas de los cuidados, de los que se iría desprendiendo el Estado. El Estado se retiraría paulatinamente de su función primordial de favorecer la equidad y la integración social, eso sí, adornando la retirada con palabrería políticamente correcta y con eufemismos. Así se habla de trasladar la protección social a una “sociedad participativa”, basada en la solidaridad, en la iniciativa privada, en la ayuda familiar y en la implicación de ayuntamientos, vecinos y ONG’s. La derecha habla de pasar de la “solidaridad indirecta” proporcionada por el Estado del Bienestar, que es anónima y que fomenta el individualismo, a la “solidaridad directa”, basada en el apoyo mutuo y con un fuerte componente emocional. Habría que añadir que con una elevada presencia de sectores del aseguramiento privado y tecnológicos que promueven telemedicina, ayudas domésticas y, en general, de todos los artilugios relacionados con la dependencia.

En cuanto a la medicina 4P, supone la estratificación de los pacientes, impregna la cronicidad avanzada de la ideología del negocio y, sobre todo, aleja la salud de sus determinantes sociales y la limita a comportamientos y circunstancias individuales.

Sigue habiendo poderosos intereses económicos y científicos que abogan por la medicina personalizada y/o de precisión, como los Institutos Nacionales de Salud, la Academia Nacional de Medicina y varias universidades de EEUU. La medicina de precisión es precisamente la medicina que no necesitamos. Seguir solamente con este

paradigma centrado en la detección y curación de la enfermedad individual no hará avanzar la salud del conjunto de la población en la medida que los países precisan (en particular EEUU), porque sus niveles de morbilidad, mortalidad y esperanza de vida seguirán hundidos si no se atiende al gradiente social que determina quien enferma y quien muere (69).

4.8.12. Reformas en la microgestión de la AP

Los análisis de la AP que se realizan desde hace años insisten en reclamar más autonomía organizativa para los centros, mayor capacidad de resolución, disminución de tareas burocráticas, etc... En lo que a la microgestión se refiere, se ha propuesto la denominada gestión clínica: vías clínicas para disminuir la variabilidad, estudios de efectividad y adecuación; validación de medidas de calidad de vida relacionadas con la salud, análisis de decisiones diagnósticas y terapéuticas, guías de buena práctica clínica, protocolos y algoritmos, etc. , porque, comparándonos con otros países del entorno, nuestros médicos de familia abarcan menos actividades. No atienden a los menores de 14 años ni suelen seguir a las embarazadas, derivan con mayor frecuencia al especialista casos que con tecnología, tiempo y formación podrían atender y, en cambio, realizan tareas fácilmente delegables en personal administrativo o en otro personal sanitario (70).

En los niveles de meso y microgestión, algunos cambios suscitan suficiente nivel de acuerdo como, por ejemplo: 1/ La libre elección de médico de AP y las mejoras en la accesibilidad, sin diferencias entre mañana y tarde; 2/ Cambios en el modelo retributivo, mediante la capitación dinámica de base poblacional, modulando los incentivos económicos y profesionales vinculados al grado de resolución o a la efectividad alcanzados respecto a la epidemiología esperada y al desempeño individual; 3/ Participar activamente en la gestión clínica de los procesos; en la práctica clínica, la garantía de calidad, la farmacia o la incapacidad temporal; 4/ La atención preventiva y comunitaria, junto con la incorporación a la AP de actividades hospitalarias como cirugía menor, electrocardiografía, analítica básica, citología, colocación de DIU, espirometría, ecografía, cuidados paliativos, seguimiento de enfermos crónicos y postoperatorios, etc..., han sido las estrategias de expansión de la cartera de servicios más utilizadas. En este sentido, los límites a la expansión de la AP sólo deben obedecer a prevalencias de las enfermedades tan bajas que hagan difícil el mantenimiento de las destrezas, o a que el coste de los servicios exija grandes

volúmenes de pacientes para justificarse; 5/ La AP debe protagonizar el control del enfermo crónico o frágil, de la salud mental (especialmente en los trastornos de bajo perfil), de la salud pública y de la salud laboral (64).

Los líderes de opinión de la AP coinciden mayoritariamente en las reformas que introducirían. J. Simó resume algunas de ellas (comunicación personal): “1/ Que sin dejar de ser empleados públicos (en el sentido de trabajar para una empresa pública), los médicos puedan autoelegirse para trabajar en grupo (o en equipo, mejor dicho); 2/ Contratar al personal de enfermería (o de otro tipo) que necesiten; 3/ Elegir el sistema informático que utilizarán en su trabajo pues, como herramienta que es, uno debería poder elegir entre la oferta que haya igual que elige el fonendo que se cuelga al cuello o el boli con el que escribe; 4/ Pactar con el pagador público unos objetivos razonables, una tipología de servicios a prestar, unos cortafuegos a la avaricia y un sistema de evaluación y rendición de cuentas; 5/ Seguir pagado mediante salario pero con un 40%, al menos, de variable, ligado a objetivos, tipología de servicios prestados, capitación y longitudinalidad. Si no prestas atención a la mujer, ni llevas embarazos, ni cirugía menor, ni anticoagulación oral, ni salud mental, ni urgencias, ni terminales... etc. y si sólo estás disponible para tus pacientes de 8 a 15 ¿no querrás ganar lo mismo que otro que sí lo haga o esté disponible de forma presencial o telefónica 12 horas diarias?. En sus palabras: Sólo si se otorga autonomía y se trata con justicia o equidad al profesional, es decir, si se trata desigualmente a los desiguales, sólo así podrá haber desarrollo profesional que es lo que echamos en falta muchos de los médicos de familia y, en el fondo, lo que nos tiene quemados y hastiados”.

La unanimidad en reivindicar más autogestión para los centros debe observarse con cautela. Hay que tener en cuenta que las propuestas de dar mayor capacidad autoorganizativa pueden incurrir en contradicción con los objetivos de un SNS y favorecer la ley de cuidados inversos. El sistema sanitario público es una empresa de propiedad pública (de toda la población) y no de los trabajadores sanitarios, y la autoelección de los miembros de los equipos puede acarrear clientelismo y nepotismo y discriminar a la población porque, a la postre, los “autoelegidos” escogerán los centros más atractivos (por el dinero, la comodidad o por estar en el centro de las poblaciones) y los “peores” quedaran para atender a los centros de zonas más pobres, o más conflictivos, o peor comunicados.

Es interesante también repasar las opiniones de la treintena de líderes que J. Simó entrevistó para su blog “Salud, dinero y atención primaria”¹⁰. Cabe destacar dos de ellas, porque atañen a concepciones esenciales de la AP. Por ejemplo, F. Hernansanz considera prioritario incentivar aquellos atributos que nos caracterizan: un mismo médico para toda la familia a lo largo del tiempo, permanencia en el centro de trabajo (los traslados dañan enormemente la longitudinalidad), polivalencia, que incluye acceso a tecnología diversa, atención a domicilio y al final de la vida (incluyendo morir en domicilio si así lo desea el paciente). Mayor presupuesto debe traducirse en una primaria institucionalmente solvente (resolutiva) y socialmente deseable por todos, no sólo aquellos que no pueden permitirse otras salidas.

V. Casado dimensionaría los EAP, incrementando las plantillas de profesionales de atención primaria de forma importante, ajustando a indicadores de resolutiveidad y a la estratificación, tanto por variables sociodemográficas como de salud (basado en criterios de morbilidad de la lista de pacientes o en modelos predictivos). Contrataría mediante pruebas de competencias a los profesionales, especialmente a todas esas magníficas promociones de médicos de familia jóvenes bien formados y en empleo precario. Crearía las Unidades de Atención Familiar. Incorporaría modelos de atención no presencial, telemedicina, monitorización a domicilio, modelos de relación entre niveles no presencial. Apoyaría objetivos como desmedicalizar, potenciar prevención y promoción, potenciar el domicilio como centro de atención, la continuidad asistencial. Mejoraría el acceso a determinados servicios y a pruebas diagnósticas y terapéuticas.

Propugnaría la creación de las unidades de continuidad asistencial en los hospitales y los circuitos específicos de coordinación para los pacientes de alto riesgo, y crónicos complejos y hospitalización convencional directa. Potenciaría la investigación y la evaluación de impactos y por supuesto reforzaría la función docente.

Otras opiniones que suscitan acuerdo se refieren a la mejora de los circuitos y la calidad de la información clínica y económica de los procesos y de los procedimientos asistenciales; y de los circuitos de comunicación con el hospital y con los

¹⁰ <http://saluddineroy.blogspot.com.es/2014/11/todas-las-entrevistas-sobre-aps-en-un.html> (Consultado: 30-09-17)

especialistas, para anticiparse a las duplicidades (repetición de pruebas) y para dar más capacidad resolutoria a la AP.

También se reivindica la vuelta a la actividad de las gerencias de AP. En los primeros años de la reforma hubo más equilibrio político y decisorio entre las gerencias de AP y del hospital, equilibrio que se ha roto a favor del hospital porque acapara los recursos y las decisiones de las gerencias únicas, ocasionando descensos en la financiación de AP y pérdida de la iniciativa. El presupuesto sanitario debería estar más controlado desde AP para tener más capacidad de decisión sobre los circuitos asistenciales.

El médico de AP debe participar en la elección de los cursos terapéuticos hospitalarios conflictivos y decidir los tratamientos al alta, a la vista de las sugerencias del especialista hospitalario, y los centros de salud deben tener mayor autonomía para organizar sus agendas, su cartera de servicios y sus relaciones con el/los hospital/es.

Los hospitales y a los centros de salud deben descontaminarse de la influencia de la industria farmacéutica.

En el mismo blog, A. Ledesma¹¹, a propósito de las EBA's, entidades que ha impulsado y defendido, destaca que para mejorar la eficiencia se debe actuar sobre la atención ambulatoria especializada: "El sistema emplea muchos recursos, y muchas de las actividades realizadas son ineficientes y nada satisfactorias para las personas que las utilizan. Creo que nadie en España ha entrado a fondo en este aspecto o capítulo y que cualquier proceso de transformación del modelo de atención lo debería contemplar. Las coordenadas a considerar serían: Rediseñar los procesos de atención más prevalentes de forma participativa y con el máximo consenso de todos los agentes implicados. No son más de 20 procesos. Definir los objetivos compartidos por un territorio y por el sistema de salud que se pretenden conseguir en cada proceso de atención. Definir qué actividades de estos procesos son necesarias y útiles. Definir quién las asume en función de su complejidad, necesidad de instrumentos complejos o caros para su realización, competencias de cada nivel y profesional, accesibilidad. Contratar el servicio con los objetivos señalados a la AP y con una parte de riesgo

¹¹ <http://saluddineroy.blogspot.com.es/2015/03/el-modelo-eba-entrevista-albert-ledesma.html#more> (Consultado. 30-09-17)

compartido con la atención especializada en la asignación variable. Se excluiría la atención ambulatoria a los procesos propiamente hospitalarios en un periodo determinado después del alta. Para llevarlo a cabo, y que sea una realidad, se precisa de un plan de formación continuada de profesionales y de una evaluación que garantice la calidad de la atención prestada y el nivel de satisfacción de las personas atendidas. Un ejemplo sería el rediseño del proceso de atención a la hipertrofia prostática benigna o a la artrosis de rodilla. No sería irresponsable afirmar que las personas con estos problemas de salud solo deberían acudir a la atención especializada cuando tuvieran criterios que aconsejen valorar la solución quirúrgica”.

Hay dos libros sobre la reforma de la AP en la colección sobre economía de la salud y gestión sanitaria que dirige V. Ortún. En uno de los capítulos, J. Casajuana señala a la desprofesionalización, al complejo de inferioridad y al bajo liderazgo como los lastres internos que dificultan el desarrollo de la AP. Como consecuencia de estos lastres surgen otras autolimitaciones, como la percepción de la frecuentación como exógena, la percepción de la prescripción como inducida y la falta de capacidad resolutive. Para superar estas limitaciones, J Casajuana propone reducir actividades que considera no útiles: exceso de controles, excesos terapéuticos, exceso de prevención y exceso de actividad administrativa. Los ejemplos a eliminar tienen en común que no aportan nada en salud, que pueden causar daño, que incrementan el gasto y que contribuyen al asentamiento de una cultura sanitaria errónea.

Al tiempo que se elimina lo inútil, se propone la reorientación de lo que es útil, redistribuyendo actividades de baja complejidad asignándolas a profesionales de menor cualificación. A la vez, las actividades útiles de alta complejidad reorganizarlas favoreciendo la accesibilidad; adoptando actitudes proactivas, clasificando las visitas según las necesidades del médico; recuperando la función del médico de AP como agente de salud del paciente frente a la intromisión de la medicina hospitalaria, y, por último, conjugando capacidad resolutive con prevención cuaternaria (71).

5. La necesidad de propuestas normativas

Las reformas de la AP que se han emprendido en otros países con cierto éxito (mejoras en la accesibilidad de la población, mejores resultados en salud, contención de costes, mayor satisfacción poblacional), apuntan a modelos con más capacidad de autogestión, con acuerdos transparentes con la administración, mucha atención a criterios de calidad, reevaluación periódica y participación profesional y ciudadana.

Dos ejemplos de reformas en países en las antípodas nos los proporcionan Portugal y Nueva Zelanda. En Canterbury (Nueva Zelanda), desde hace una década, los programas de salud en AP se basan en presupuestos por objetivos, en la inversión sostenida en la capacitación del personal para ayudarlos a innovar y en darles permiso para hacerlo, y en desarrollar nuevos modelos de trabajo integrado y nuevas formas de contratación para apoyarlo.

Como resultado de los cambios, el sistema de salud de Canterbury está apoyando a más personas en sus hogares y comunidades y ha moderado la demanda de atención hospitalaria, particularmente entre las personas mayores. En comparación con el resto de Nueva Zelanda, Canterbury tiene tasas de ingreso hospitalario por causas agudas más bajas y menores tasas de readmisión aguda; una duración promedio de hospitalización más corta; menor asistencia al servicio de urgencias; mayor gasto en servicios basados en la comunidad y menor gasto en atención hospitalaria de urgencias. La mejora de la interfaz entre la AP y hospitalaria ha conducido a derivaciones de mejor calidad, reducciones en los tiempos de espera y reducción del gasto en pruebas de imagen (72).

Desde 2007, Portugal está completando una reforma de su AP que pretende favorecer la autonomía organizativa y que tiene como eje la creación de las denominadas Unidades de Salud Familiar (USF). Son pequeños equipos multiprofesionales, voluntarios, auto-organizados y compuestos por tres a ocho médicos de familia, igual número de enfermeros de familia y “secretarios clínicos”. Abarcan una población entre 4.000 y 14.000 personas. Estos equipos tienen autonomía técnica, funcional y

organizativa y un sistema de pago mixto (capitación, salario y objetivos); incentivos financieros y profesionales que recompensan el mérito (basado en actividades) y es sensible a la productividad y accesibilidad, y por encima de todo, a la calidad.

La reestructuración también alcanza a la reorganización de la intervención comunitaria, una mejora de los cuidados domiciliarios y de los cuidados paliativos y la utilización de unidades móviles en determinados servicios y de redes de apoyo a las familias.

Los centros de salud agrupados constituyen los denominados ACES (agrupamiento de centros de salud). Con ellos se dota a los actuales centros de salud de un marco organizacional y de estructuras de apoyo que les permite aumentar la calidad de los servicios prestados, maximizando los recursos y preservando su identidad, pasando de una lógica de tutela hacia una lógica de prestación de servicios y optimización de los flujos de información. Estas agrupaciones, en un máximo de setenta y cuatro a nivel nacional, deben obedecer a un criterio poblacional, que corresponda a un número de personas residentes entre 50 y 200 mil y que se complementa por un conjunto de variables como la accesibilidad geográfica, la densidad de población y la accesibilidad de las personas a cuidados hospitalarios.

Los centros de salud reorganizados en el nuevo modelo de ACES se caracterizan por una estructura organizativa basada en cinco tipos de unidades funcionales (unidades de salud familiar, salud pública, cuidados personalizados, cuidados comunitarios, apoyo a la gestión), con trabajo en equipo multiprofesional, con misiones específicas, intercooperantes y complementarias, organizadas en red, tienen autonomía administrativa para decidir e implantar soluciones adaptadas a los recursos y las condiciones de cada lugar y la comunidad, órganos e instrumentos propios de gestión organizativa, sistemas de liderazgo y de gobernanza clínica y técnica bien definidos, mecanismos de representación y de participación de la comunidad y de los ciudadanos.

Se firma un contrato-programa entre el director ejecutivo del ACES y el consejo directivo de la Administración Regional de Salud por el cual se establecen, cualitativa y cuantitativamente, los objetivos del ACES y los recursos asignados a su cumplimiento y se fijan las reglas relativas a su ejecución (73).

En España, en los últimos diez años no ha habido propuestas de mejora dignas de tal nombre, al menos con carácter general. Finiquitada la plataforma 10 minutos, ni institucionalmente, ni corporativamente, ni profesionalmente ha habido iniciativas que impliquen una modificación de la estructura y del funcionamiento de los centros de salud (las EBA's no tienen nuevas incorporaciones). Se visualizan iniciativas aisladas en el ámbito de la filosofía de la AP, como por ejemplo los denominados seminarios de innovación en AP promovidos por Juan Gérvas y Mercedes Pérez-Fernández; numerosos blogs personales o surgidos al hilo de acontecimientos (gripeycalma, lacabecera, etc.); las aplicaciones relacionadas con la estrategia de crónicos y con el estratificado de los enfermos según complejidad; los Foros de Atención Primaria (74), y movimientos como "choosing wisely", basados en la medicina reflexiva y en la necesidad urgente de realizar una crítica inteligente sobre la naturaleza y los roles de los médicos y de los pacientes que interaccionan en las consultas de AP; su manejo del sufrimiento y la excesiva presión que ejercen sobre ellos la tecnoestructura sanitaria, la medicalización, la expropiación de la salud y la iatrogenia cultural. Para este movimiento, es necesario apoyar prácticas que permitan a pacientes y a médicos recuperar el dominio de sus vidas y el sentido de sí mismos (75).

Pero las reformas, para asentarse deben basarse en cambios normativos como los que se proponen en el informe que dirigió J. Rey del Castillo para la Fundación Alternativas para favorecer las mejoras en la gestión y en la eficiencia de la AP en España (38):

1. En el ámbito de la AP, abrir legalmente la posibilidad de constituir por las CCAA formas de organización autónoma de los centros de salud en el ámbito público, excluyendo en la misma norma que se puedan constituir formas de gestión de naturaleza privada, y restringir, para aquellos casos en que se pudieran constituir con carácter experimental y restringido algunas formas de esa naturaleza, a entidades de base asociativa de personal sanitario, excluyendo de manera expresa la posibilidad de encomendar la gestión a entidades privadas con finalidad lucrativa.
2. Fijar el carácter voluntario de esas nuevas experiencias de gestión autónoma y la posibilidad de acogerse a la libre elección por la población de su atención por los centros gestionados así, en tanto se puedan valorar los resultados de su gestión, y plantear, en su caso, y de resultados de esas evaluaciones, la generalización de esas formas de gestión de la AP. Es preciso añadir que con las cautelas suficientes

para evitar incurrir en inequidades, en el acceso, en la calidad de la atención o en el consumo de recursos.

3. Especificar en la norma correspondiente las áreas de actuación en las que cabría plantear la autonomía de gestión de los centros de salud, sea en el ámbito público o por entidades de base asociativa, e incluir entre ellas: la gestión del personal; la organización horaria del funcionamiento de los centros, que pudiera adaptarse a las características peculiares de su zona de influencia; la ampliación, con medios propios y dotación presupuestaria al efecto, de los ámbitos de actuación de cada centro, de manera que pudieran contribuir a evitar la necesidad de derivar los pacientes con diferentes patologías al nivel de atención especializada; la gestión de las urgencias de la población que tuviera concertada la atención con los centros autónomos; el desarrollo de la enfermería como instrumento de prestación de servicios en la comunidad a domicilio¹². Por el contrario, excluir de las posibilidades de gestión autónoma la prestación farmacéutica de la población adscrita a los centros. Porque podrían establecerse incentivos económicos para el personal que gestionase de manera autónoma esta prestación; podrían generarse inequidades en la población y aumentaría la susceptibilidad a la capacidad de influencia de la industria farmacéutica.
4. Establecer con carácter general un límite económico para los incentivos que se puedan establecer para constituir formas autónomas de gestión de los centros de salud, especificando que la adscripción a las mismas no podrá suponer aumento de presupuesto ni de gasto por parte de los centros de salud que se acojan a esas nuevas fórmulas de gestión.
5. Elaborar una regulación general y básica de la “gestión clínica” que permita a los centros estructurarse, en su caso, como unidades de gestión y/o áreas clínicas, modificar la organización actual por servicios, y transformar el modelo gerencial de carácter jerárquico vertical en vigor en un modelo horizontal y participativo. En todo caso, la norma debe prever el mantenimiento de los centros sanitarios como únicas entidades con capacidad de disponer de entidad jurídica propia, de manera que eso permita el mantenimiento integrado de los centros del SNS.

¹² La atención domiciliaria es la actividad que mejor representa los atributos esenciales (longitudinalidad, integralidad, continuidad, coordinación) de la atención primaria y la que más se resiente cuando estos atributos no impregnan la actividad realizada por los equipos de atención primaria o cuando se aplican políticas de recortes (Corrales-Nevaldo D, Palomo-Cobos L. La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. *Enferm Clin.* 2014; 24(1): 51-8.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.08.006>

Realmente la mayor parte de las iniciativas de mejora en la AP, de incremento de la autonomía de los equipos, de introducción de cambios funcionales y/o de microgestión obedecen a iniciativas minoritarias, limitadas en el tiempo, por estar muy ligadas a actuaciones de profesionales a nivel individual. En términos generales, se puede decir que sin un respaldo legal y laboral será difícil que los cambios que se inicien superen ese nivel de voluntarismo. En el fondo se trata de no tener miedo a abrir el debate sobre las posibilidades de flexibilizar el modelo organizativo y funcional de unos centros de salud imperturbables desde hace treinta años y con evidentes signos de cansancio en los profesionales.

Aunque se conocen distintas fórmulas organizativas en AP, cuyo análisis comparado no es el objeto de este texto, creemos que es la propia diversificación, más que las características de un determinado modelo, el estímulo de la mejora. En suma, la ausencia de una situación monopolística en la provisión y la existencia de un cierto grado de competición entre modelos y “empresas” servirían para estimular la mejora global de la AP.

La AP tendrá futuro si gana en prestigio y en eficiencia social, aunque también debe mejorar en términos de eficiencia económica. Ya sabemos que la AP española es pro-pobre, que ha servido para atenuar las desigualdades sociales, pero aun puede ganar en eficiencia comparativa respecto a los países de nuestro entorno.

6. Recomendaciones y conclusiones

El modelo organizativo de la AP y del conjunto de la sanidad española no ha logrado exprimir todas sus posibilidades debido a los corsés propios del conjunto de la administración pública, especialmente la contratación y gestión del personal; al decrecimiento de la financiación y el abandono de la gestión propia a favor de las gerencias unitarias; y al descuido del conjunto de la AP por parte de los gestores (abandono de la participación social y profesional, falta de estímulos, desprecio hacia la enfermería de AP favoreciendo la ocupación de puestos por enfermeros procedentes del hospital, etc.).

Por otro lado, la falta de pruebas procedentes de la experimentación, y la disparidad de datos y de fuentes de información, no permiten sacar conclusiones determinantes a favor o en contra de ninguna de las iniciativas organizativas puestas en marcha hasta ahora. La reforma española de AP, por su buena contribución a los indicadores de salud, a la satisfacción de la población y al ajuste de los costes asistenciales, hoy por hoy no tiene una alternativa mejor.

Respecto al clima profesional y organizativo de la AP, era mucho esperar que la mayoría de los centros de AP pudieran funcionar cada vez mejor en base a equipos humanos contruidos de manera forzada, con sistemas de pago principalmente salarial y en ausencia de mecanismos reconocibles de incentivación que estimularan tanto cantidad como calidad del desempeño. Un cambio sustancial debería basarse en la posibilidad de los médicos para autoelegirse para trabajar en equipo; para disponer de libertad para organizarse y para elegir instrumentos de soporte; y para concertar con la administración los servicios a prestar y los indicadores de evaluación de la actividad, de forma que ganara peso en la remuneración el pago vinculado a capitación, y a tipo y calidad de los servicios prestados, obviando tendencias privatizadoras y potencialmente inequitativas.

En la macrogestión, para que la AP se emancipe debe incrementar su peso relativo sobre la atención hospitalaria, permitiendo la libre elección de especialista a cargo del

presupuesto de la AP. Las reformas de mercado, es decir de compra y provisión, por si solas no son del todo satisfactorias, e incluso pueden producir efectos negativos sobre la equidad.

En la denominada mesogestión, las propuestas realizadas se han mencionado anteriormente y se resumen en favorecer la libre elección de médico de AP y en mejorar la accesibilidad (horarios de mañana y tarde); tender a modelos retributivos mixtos (capitación, medición de la calidad, etc.); favorecer la participación de los profesionales en la gestión de las partidas de mayor gasto y en incrementar las prestaciones.

Conclusiones

1. El Sistema Nacional de Salud español tiene una calidad contrastada, es eficiente y es sostenible, si lo comparamos con los países de su entorno (Unión Europea) y/o nivel económico (países de la OCDE).
2. España tiene una AP fuerte, y una AP fuerte está asociada con una mejor salud de la población, mejor salud autopercebida y menos hospitalizaciones innecesarias.
3. Para mantener una AP fuerte es necesario un liderazgo político también fuerte, tan fuerte o más que el ejercido por el entramado financiero, económico, farmacéutico y tecnológico que empuja a favor de la privatización, de la ausencia de controles y del incremento de los costes.
4. El recorte de la inversión sanitaria pública en AP (1.551 millones de € entre 2010-2014) está minando la calidad de la atención, deteriorando las condiciones laborales y dificultando la longitudinalidad, base de la efectividad de la AP.
5. Los bajos presupuestos, los déficits de personal, los obstáculos para acceder a los recursos diagnósticos y el sometimiento de los centros de salud a las gerencias de los hospitales, relegan la AP a un papel subalterno dentro del sistema.
6. La falta de aprecio de las clases dirigentes y del mutualismo administrativo por la AP, y su incompleta universalidad, están limitando el crecimiento y el prestigio de la AP.

7. La AP debe seguir contribuyendo a reducir la pobreza y las desigualdades mediante herramientas efectivas y prácticas, evaluando el impacto en salud de las medidas favorecedoras de equidad.
8. La universalización de la asistencia en AP pasa por volver a regular la protección sanitaria de la población inmigrante y por integrar todos los sistemas públicos de protección sanitaria en un sistema único basado en la condición de ciudadanía española, suprimiendo, a los efectos sanitarios, las mutualidades de funcionarios.
9. El gasto sanitario público en AP debe incrementarse (en 2015 estaba al mismo nivel que en 2009).
10. Las medidas de contención del gasto sanitario y de mejora de la efectividad atañen a todo el SNS; sobre todo a los hospitales y al gasto farmacéutico (actuando por el lado de la oferta), más que a la AP.
11. Los incentivos en AP deben orientarse a estimular lo que le es más propio: la longitudinalidad, la accesibilidad, la capacidad de resolución, la atención integral centrada en la persona (cada vez es más frecuente su parcelación), la atención a la comorbilidad o la coordinación inter e intraniveles asistenciales.
12. No hay datos concluyentes a favor de ningún modelo organizativo de AP. Se apunta que los estímulos de las mejoras dependen de la propia diversidad, más que de las características de un determinado modelo, y que cierto grado de competición entre centros puede estimular la mejora global.
13. La atención domiciliaria prestada por AP debería tener un componente más proactivo e integrador, y no estar basado solamente en la demanda.
14. La interoperabilidad de los SIS es esencial para garantizar la libre circulación de ciudadanos por todo el país y para facilitar la asistencia sanitaria.
15. La denominada estrategia de crónicos, la medicina personalizada, el “empoderamiento” de los pacientes, no deben ser la coartada para entregar a la iniciativa privada y a la industria tecnológica parcelas de la asistencia que debe proveer el Estado, para favorecer la equidad y la integración social.
16. Desde el punto de vista de los profesionales, las reformas en la AP apuntan a centros de salud con más capacidad de autogestión, con acuerdos transparentes con la administración, mucha atención a criterios de calidad y con reevaluación periódica.
17. Se deben arbitrar mecanismos efectivos de participación real en la organización de los centros tanto de profesionales como de ciudadanos.

18. Los cambios normativos en AP deben favorecer la flexibilidad del modelo organizativo y funcional de los centros de salud, evitando la privatización.
19. Las necesidades de personal deben preverse discrecionalmente, coordinando la oferta de plazas de formación pre y postgrado con las necesidades poblacionales y con la demografía profesional.
20. Se debe favorecer el aumento de la capacidad resolutoria de la AP.
21. La AP debe protagonizar el control del enfermo crónico o frágil, de la salud mental (especialmente en los trastornos de bajo perfil), de la salud pública y de la salud laboral.
22. La AP española en cuanto nivel asistencial bien definido, por su buena contribución a los indicadores de salud, a la satisfacción de la población y al ajuste de los costes sanitarios, hoy por hoy no tiene una alternativa organizativa global mejor.

Referencias bibliográficas

1. Gol J, Jaén J, Marcos JA et al. El médico de cabecera. En un nuevo sistema sanitario. Barcelona: Fontanella/Laia, 1980
2. Atun RA. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004
3. Starfield B. Is Primary Care Essential? Lancet. 1994; 344:1129–33.
4. Starfield B., Macinko J, Shi L. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly. 2005; 83 (3): 457–502
5. Kringos DS. The strength of primary care in Europe. Utrecht: NIVEL, 2012. Accesible en: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Dionne-Kringos-The-strength-of-primary-care.pdf> (Acceso 04-01-13)
6. Villalbi JR, Guarga A, Pasarin ML, Gil M, Borrell C, Ferran M et al. Evaluación del impacto en la salud de la Reforma de la Atención Primaria. Aten Primaria. 1999; 24: 468-74
7. Starfield B, Shi L. Policy Relevant Determinants of Health: An International Perspective. Health Policy. 2002; 60: 201–18.
8. Chang CH, O'Malley, AJ, & Goodman, DC. Association between temporal Changes in Primary Care Workforce and Patient Outcomes. Health services Research. 2017: 52(2), 634-655. Accesible en: <http://www.iiss.es/gcs/gestion64.pdf> (Acceso: 29-06-17)
9. OMS. La atención primaria de salud más necesaria que nunca. <http://www.who.int/whr/2008/summary/es/>. (Consultado:30-06-17)
10. GBD 2015 SDG Collaborators. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. En: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)31467-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)31467-2.pdf) (Acceso: 04-07-2017)
11. GBD 2016 SDG Collaborators. Measuring progress and projecting attainment on the basis of past trends of the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: an analysis from the Global Burden of Disease Study

2016. Disponible en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)32336-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)32336-X.pdf) (Consultado 27-09-17)
12. Du L, Lu W. U.S. Health-Care System Ranks as One of the Least-Efficient. America is number 50 out of 55 countries that were assessed. En: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2016-09-29/u-s-health-care-system-ranks-as-one-of-the-least-efficient> (Consultado: 22-05-17)
13. GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *www.thelancet.com* Published online May 18, 2017. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30818-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30818-8) (Consultado: 22-05-17)
14. Sánchez-Bayle M, Palomo L. Modelo sanitario, índice de calidad asistencial y gasto sanitario público. *Aten Primaria*. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.10.006>
15. Kringos DS, Boerma WGW, Allen Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe, 2015. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf. (Acceso: 17-07-17)
16. Martín M, Sánchez-Bayle M, Palomo L. La atención primaria en relación a la orientación política de los gobiernos autonómicos. *Aten Primaria*. 2008; 40 (6): 277-84
17. Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending. *Health Affairs*. 2013; 32(4): 686-694. Disponible en: <http://content.healthaffairs.org/content/32/4/686.full.pdf+html>. (Acceso: 21-07-17)
18. Gervás J, Pérez-Fernández M, Palomo L et al. Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto / error. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: <http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2010/08/20-anos-de-reforma-de-la-ap-en-espana.pdf>. (Acceso: 18-07-17)

19. Matas Aguilera V. Situación actual de la Atención Primaria española (2014-2015). En: https://www.aepap.org/sites/default/files/pagina/archivos-adjuntos/ap-espana-hoy_2.pdf. (Acceso: 03-08-17)
20. Bestard Perelló JJ. De lo público a lo privado y viceversa. El síndrome de pupri. Amazon.com, 2016
21. Fernández-Ruiz ML, Sánchez-Bayle M, Fernández-Ruiz S, Palomo L. El efecto de los copagos sobre la adherencia a los medicamentos prescritos. Aten Primaria. 2015. 47(9): 606-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.11.010>
22. Sinnot SJ, Buckley C, O'Riordan D, Bradley C, Whelton H. The effect of copayments for prescription on adherence to prescription medicines in publicly insured populations; a systematic review and meta-analysis. Plos One. 2013. DOI: 10.1371/journal.pone.0064914
23. Sánchez-Bayle M, Palomo L. Recortes en los presupuestos sanitarios y listas de espera. Gaceta Sanit. 2017; <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.013>
24. Bridget M. Kuehn, MSJ. Patient Safety Still Lagging Advocates Call for National Patient Safety Monitoring Board. JAMA. 2014; 312(9):879-880. doi:10.1001/jama.2014.10310
25. Gérvas J, Pérez-Fernández M. La necesaria Atención Primaria en España. Gestión Clínica y Sanitaria. 2008; 10(1): 8-12
26. Beatriz González López-Valcárcel, Patricia Barber Pérez, Vicente Ortún Rubio. ¿Por qué los médicos huyen y rehúyen la Medicina de Familia? Datos y claves sobre el problema en busca de soluciones. En: Vicente Ortún (Dir.). La refundación de la Atención Primaria. Madrid:Springer Healthcare, 2011
27. Krugman P. La desigualdad es un lastre. "El País" Negocios. 10-08-14; pag. 19
28. Ruiz-Ramos M, García León FJ. Desigualdades en mortalidad entre Andalucía y España desde 1990 hasta 2010. Gaceta Sanitaria. 2013; 27: 298-303
29. Escolar A. Sobremortalidad por cáncer en El Campo de Gibraltar. El medio social, la piedra clave. Delegación Provincial de la Consejería de salud. Junta de Andalucía. Cádiz: Sevilla, 2011
30. Benach J, Muntaner C et al. Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global. Icaria: Barcelona, 2010
31. [Stringhini](#) S, Carmeli C, Jokela M et al. Socioeconomic status and the 25×25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort

- study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *The Lancet*. 2017; 389: 1229-37
32. Crespo-Cebada E, Urbanos-Garrido RM. Equity and equality in the use of GP services for elderly people: the Spanish case. *Health Policy*. 2012; 104(2): 193-9
 33. Urbanos R. González López-Valcarcel B. Sanidad y desigualdad. En: Ayala L, Ruiz-Huerta J (Dir.). 2º Informe sobre la desigualdad en España. Fundación Alternativas 2015. Acceso: http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/publicaciones_archivos/f5024a133ab06b2aa3f348484edc2274.pdf (Consultado 04-11-17)
 34. <http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/notas-de-prensa/482-la-fadsp-rechaza-la-extension-del-modelo-muface-nota-de-la-fadsp-sobre-el-libro-azul-del-circulo-de-la-sanidad> (Consultado: 03-11-17)
 35. Simó J. Atención primaria, médicos de atención primaria y mutualismo administrativo. Acceso: <http://saludinerop.blogspot.com.es/2013/04/atencion-primaria-medicos-de-atencion.html> (Consultado: 03-11-17)
 36. Freire Campo JM. La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento. En: Repullo Labrador JR y Oteo Ochoa LA. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Ariel: 2005. p. 61-99
 37. Simó J. Últimas cifras del descremado sociológico de la Atención Primaria española. *El Médico Interactivo*. 24-03-17. Acceso: <http://elmedicointeractivo.com/ultimas-cifras-descremado-sociologico-atencion-primaria-espanola-20170324160320111008/> (Consultado: 04-11-17)
 38. Rey del Castillo J (Coord.). Análisis y propuestas para la regeneración de la sanidad pública en España. Fundación Alternativas. Documento de Trabajo 190/2015. Acceso en: http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/47a0bc83a71e121bef785c7c1d13e370.pdf. (Consultado: 07-11-17)
 39. Woolhandler S, Himmelstein DU. The Relationship of Health Insurance and Mortality: Is Lack of Insurance Deadly? *Ann Intern Med*. 2017;167(6):424-431. DOI: 10.7326/M17-1403. Disponible en: <http://annals.org/aim/fullarticle/2635326/relationship-health-insurance-mortality-lack-insurance-deadly> (Consultado: 26-12-17)

40. Nghiem S, Graves N, Barnett A, Haden C. Cost-effectiveness of national health insurance programs in high-income countries: A systematic review. Accesible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0189173> (Consultado: 17-12-17)
41. Kurokawa K. Aiming for truly universal health coverage. Accesible en: <https://www.japantimes.co.jp/opinion/2017/12/08/commentary/japan-commentary/aiming-truly-universal-health-coverage/#.WjARgDckrIU> (consultado: 17-12-17)
42. Estadística del Gasto Sanitario Público: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>. (Consultado: 19-07-17)
43. Padilla J. El gasto sanitario en los últimos años: la descohesión de un servicio público. <http://agendapublica.elperiodico.com/el-gasto-sanitario-en-los-ultimos-anos-la-descohesion-de-un-servicio-publico/> (Consultado 19-07-17)
44. FADSP. Unos presupuestos insuficientes que favorecen la privatización. <http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/notas-de-prensa/1438-unos-presupuestos-insuficientes-que-solo-favorecen-la-privatizacion-sanitaria>. (Consultado: 19-07-17)
45. <http://saludinerop.blogspot.com.es/2017/06/la-atencion-primaria-en-la-uci.html>. (Consultado: 25-07-17)
46. Ripoll MA, Palomo L. Los métodos de incentivación en el hospital y en Atención Primaria. En: Palomo L (Coord.). Expectativas y realidades en la atención primaria española. Madrid: Fundación 1º de mayo, 2010; pags. 147-165
47. Fernández del Río MP. La medicina de familia en seis países europeos. Aten Primaria. 2010; 42: 620-5
48. Keeley D. General practice fundholding and health care cost. BMJ 1997; 315: 139
49. Smith RD, Wilson P. General practice fundholding: progress to date. BR J Gen Pract 1998; 48: 1253-7
50. Bodenheimer TS, Grumbach K. Capitation or decapitation. Keeping your head in changing times. JAMA 1996; 276: 1025-31

51. Wenzl M, McCuskee S, Mossialos E. Commissioning for equity in the NHS: rhetoric and practice *British Medical Bulletin* 2015; 115: 5–17, <https://doi.org/10.1093/bmb/ldv031>
52. Grup de Treball Redactor. Avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària a Catalunya. Resum Executiu. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Disponible en: www.gencat.cat/salut/ies/html/ca/dir2629/resumexecutiu.pdf. Acceso: 12-02-11
53. Fundació Avedis Donabedian. Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de la provisió de serveis [informe tècnic]. Barcelona: FAD; 2002
54. Guarga A, Gil M, Pasarín M et al. Comparación de los equipos de atención primaria de Barcelona según fórmulas de gestión. *Aten Primaria*. 2000; 36: 600-6
55. Gené-Badia J, Ascaso C, Escaramis-Babiano G et al. Population and primary health-care team characteristics explain the quality of the service. *Health Policy*. 2008; 86: 335–44
56. Regió Sanitaria de Barcelona Ccatsalut. Benchmarking dels equips d'atenció primària de la Regió Sanitària Barcelona. http://www10.gencat.cat/catsalut/rsb/arxiu/benchmarking_AP_RSB_2009.pdf . Acceso: 28-04-11
57. Ministerio de Sanidad y Consumo. Atención Primaria S XXI: Análisis de Situación. Madrid 2006. Disponible en: <http://www.simeg.org/AP/191006analisisituacionAP.pdf> . Acceso: 12-02-11
58. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E et al. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med*. 2009; 36: 368-78
59. Gené Badia J, Gallo de Puelles P. Retribución variable vinculada a la calidad asistencial. *Aten Primaria*. 2004; 34: 198 – 201
60. García-Olmos L. La derivación como moneda de cambio en la relación entre Atención Primaria y hospitalaria. En: Palomo L. (Coord.). Expectativas y realidades en la Atención Primaria española. Madrid: Ediciones GPS/ FADSP/ Fundación “1º de Mayo”, 2010. Disponible en: <http://www.fadsp.org/pdf/ATT%20PRIMARIA.pdf>. Acceso: 19-02-11

61. Martí LJ, Grenzner V. Modelos de Atención Primaria en Catalunya. Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria. 1999; 5: 116-123
62. Gené-Badia J, Ascaso C, Escaramis-Babiano G et al. Population and primary health-care team characteristics explain the quality of the service. Health Policy. 2008; 86: 335–44
63. Pou-Bordoy J, Gené-Badia J, de la Cámara-González C et al. Gerencia única: una ilusión sin evidencia. Aten Primaria. 2006; 15: 37: 231-4
64. Palomo L, Gené-Badía J, Rodríguez-Sendín JJ. La reforma de la atención primaria: entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012; 26(5): 14-19
65. Gené-Badia J, Escaramis-Babiano G, Sans-Corrales M et al. Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care. Health Policy. 2007 Jan; 80: 2-10
66. Doran T, Fullwood C, Gravelle H et al. Pay for performance programs in Family Practices in the United Kingdom. New Engl J Med. 2006; 355: 4
67. [Alcalá MV](#), [Puime AO](#), [Santos MT](#) et al. Prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con comorbilidad y discapacidad. Aten Primaria. 2010;42: 520-7
68. Porter ME et al. Redesigning Primary Care: A Strategic Vision To Improve Value By Organizing Around Patients’ Needs. Health Affairs, 32, no.3 (2013):516-525; doi: 10.1377/hlthaff.2012.0961
69. Ronald Bayer, Sandro Galea. Public Health in the Precision-Medicine Era. N Engl J Med 2015; 373: 499-501.
70. González López-Valcárcel B. La difusión de tecnologías sanitarias en Atención Primaria. Repercusiones económicas. En: Palomo L. (Coord.). Expectativas y realidades en la Atención Primaria española. Madrid: Ediciones GPS/ FADSP/ Fundación “1º de Mayo”, 2010. Disponible en: <http://www.fadsp.org/pdf/ATT%20PRIMARIA.pdf>
71. Casajuana J. La renovación de la atención primaria desde la consulta. En: Casajuana J, Gérvas J (Directores). La renovación de la atención primaria desde la consulta. Madrid: Springer Healthcare, 2012. Accesible en: <http://saluddineroy.blogspot.com.es/p/documentos-de-interes.html> (Acceso 30-09-15)

72. Charles A. Developing accountable care systems: lessons from Canterbury, New Zealand. Accesible en: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/developing-accountable-care-systems> (Acceso: 24-10-17)
73. Pisco L. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(6):2841-2852
74. Vall-Llosera N, Simón P. Nuevas formas organizativas para defender una Atención Primaria que va camino de <<no ser>>. *AMF*. 2017; 13(9): 482-3
75. Dowrick C, Heath I, Hjörleifsson S et al. Recovering the self: a manifesto for primary care. *British Journal of General Practice*, November 2016; 582-3

Índice de figuras y tablas

Figura 1. Evolución del gasto en atención primaria y especializada	65
Tabla 1. Características de los distintos modelos de gestión en AP	76
Tabla 2. Clasificación de los pacientes según su demanda	83

Siglas y abreviaturas

ACES	Agrupamento de Centros de Saude
ACSC	Ambulatory Care Sensitive Conditions
AMA	American Medical Asociation
AP	Atención Primaria
CCAA	Comunidades Autónomas
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
EAP	Equipo de Atención Primaria
EBA	Entidad de Base Asociativa
EGSP	Estadística del Gasto Sanitario Público
FADSP	Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública
GSCP	Gasto Sanitario Contratado con Centros Privados
HAQ	Healthcare Access and Quality Index
ICS	Instituto Catalán de la Salud
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
IT	Incapacidad Temporal
LEC	Lista de Espera para Consulta
LEQ	Lista de Espera Quirúrgica
MFyC	Medicina de Familia y Comunitaria
MIR	Médicos Internos y Residentes
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG:	Organización No Gubernamental
PAC	Punto de Atención Continuada
PIB	Producto Interior Bruto
SEMFYC	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
SIS	Sistemas de Información Sanitaria
SNS	Sistema Nacional de Salud
TIC	Tecnologías de la Información y de la Comunicación
TSI	Tarjeta Sanitaria Individual
USF	Unidades de Saude Familiar

Últimos Documentos de Trabajo publicados

195/2017. **Derechos y obligaciones de los ciudadanos/as en el entorno digital.** Coordinador principal: Diego López Garrido; Autoras: M^a Mercedes Serrano Pérez y Celia Fernández Aller

194/2016. **Prescripción enfermera: situación actual, problemas y alternativas.** María Luisa Fernández Ruiz

193/2016. **Las reformas económicas del futuro: un nuevo modelo de crecimiento para España.** Ramon Xifré y Jordi Salvador

192/2016. **Informe sobre la Transparencia Corporativa en España: una visión desde el sector empresarial, los medios de comunicación y las organizaciones pro-transparencia.** Elena Mañas y Óscar Montes

191/2016. **¿Ha podido más la crisis o la convivencia? Sobre las actitudes de los españoles ante la inmigración.** Héctor Cebolla Boado y Amparo González Ferrer

190/2015. **Análisis y propuestas para la regeneración de la sanidad pública en España.** Javier Rey del Castillo

189/2014. **La internacionalización en la base de la pirámide empresarial española: análisis y propuestas.** Ramon Xifré Oliva

188/2014. **El impacto de la crisis sobre el tejido social solidario de España: efectos y reacción de las ONGD frente a la crisis.** Kattya Cascante y Érika Rodríguez

187/2014. **El modelo territorial español treinta y cinco años después.** Tomás de la Quadra Salcedo

186/2014. **El derecho al olvido digital.** Luis Javier Mieres Mieres.

185/2014. **Los parados de larga duración en España en la crisis actual.** Sara de la Rica y Brindusa Anghel.

184/2014. **Medidas sociales para combatir el fraude fiscal en España.** María Goenaga Ruiz de Zuazu.

183/2014. **El copago sanitario: resultados para el sistema sanitario y los pacientes.** Manuel Martín García.

182/2014. **La privatización de la asistencia sanitaria en España.** Marciano Sánchez Bayle.

181/2013. **Gestión pública del hecho religioso en España.** José M.^a Contreras Mazarío.

180/2013. **Identidad social, pluralismo religioso y laicidad del Estado.** Ana Fernández-Coronado y Gustavo Suárez Pertierra.

179/2013. **El uso de símbolos religiosos en el espacio público en el Estado laico español.** Fernando Américo y Daniel Pelayo.

178/2012. **Los ciudadanos españoles ante la crisis.** Olga Salido.

177/2012. **La Economía Social y la atención a la dependencia. Propuestas para contribuir al desarrollo de los servicios de atención de la dependencia y a la generación de empleo estable y de calidad.** Antonio Jiménez Lara y Ángel Rodríguez Castedo.

176/2012. **La integración de las energías renovables en el sistema eléctrico.** Alberto Carabajo Josa.

175/2011. **Los sindicatos españoles: voz e influencia en las empresas.** Carmen García-Olaverri y Emilio Huerta.