

Introducción

El futuro del Sistema Nacional de Salud y su piedra angular, la atención primaria. Informe SESPAS 2012

The future of the National Health System and its bedrock, primary care. SESPAS report 2012

Tenemos un buen sistema sanitario y, si pudiéramos elegir en qué país nos gustaría recibir atención, España estaría entre los diez primeros. Se deduce de la última entrega del Health Systems in Transition (HIT) Spain 2010¹, que valoró el estado de salud de la población, la cobertura, la accesibilidad, la equidad financiera, los resultados de salud atribuibles a la acción del sistema sanitario, la calidad y la seguridad de la atención, la satisfacción de los usuarios y la legitimidad del sistema.

Han contribuido a estos logros 1) la existencia de la función de filtro del médico de cabecera, que disminuye la iatrogenia del acceso directo, mejora el valor predictivo positivo del trabajo de los especialistas, previene la fascinación tecnológica, y ayuda a la sostenibilidad y la eficiencia del sistema sanitario; y 2) la presencia de la lista de pacientes (cupó) que conlleva la identificación de un médico y un centro de salud para el uso habitual, lo que favorece la longitudinalidad². Este importante atributo ofrece numerosas ventajas, como mejor utilización, asistencia más oportuna, identificación correcta de los problemas de salud, menor hospitalización y, en síntesis, una respuesta médica apropiada a las necesidades. Por ello, puede afirmarse que aquellos países más orientados a la atención primaria presentan con mayor probabilidad mejores grados de salud y menores costes³.

Parece lógica, pues, la reivindicación de que la atención primaria sea el eje de la política sanitaria. Pero nada más lejos de la realidad. El Sistema Nacional de Salud esconde «la puerta de entrada» en lo que respecta al presupuesto (que en proporción ha decrecido), y tal falta de aprecio también afecta a las clases más informadas y con mayor poder de decisión, e incluso a los futuros profesionales. Extraña respuesta en tiempos de crisis, cuando más necesario es nuestro primer nivel asistencial, lo que nos hace presuponer su mal pronóstico en caso de no aportar soluciones de forma inmediata.

Razonamiento o racionamiento: una elección que no es difícil

El malestar se extiende entre los médicos, sin importar el color del gobierno autonómico ni la afinidad política de los sindicatos. Mientras la carga de trabajo no ha dejado de crecer, la plantilla y las inversiones en infraestructuras no la han seguido, lo que ha provocado un desfase que con el paso de los años se ha cronificado. La tensión tiene origen en cambios demográficos y sociales, como la feminización de los profesionales sanitarios (y la exigencia de compatibilidad horaria y ocio), el difícil trabajo en equipo en un sistema cada vez más complejo o las necesidades de desarrollo personal y profesional. Por el contrario, las políticas de personal, atentas a las necesidades actuales y futuras de la plantilla asistencial, a los aspectos retributivos y de carrera profesional, han avanzado de manera lenta y tortuosa, cuando no han retrocedido.

Añadamos las expectativas de los pacientes: hace falta una reflexión tranquila sobre cómo formar a los profesionales para que atiendan a una población con nuevos perfiles culturales. Porque el saber se ha convertido en un elemento esencial de libertad. La información no sólo empodera al ciudadano frente a las instituciones, sino que también replantea el contrato implícito con los profesionales. No es fácil ser médico, ni es fácil ser paciente. Se ha hecho demasiada propaganda del poder y del progreso de la medicina, y muchas personas no aceptan la incertidumbre en medicina. Así, cada vez llega a nuestras consultas un mayor número de pacientes, tanto de carácter crónico como también para resolver problemas banales que hasta hace unos años se solucionaban en el seno de la familia o simplemente no merecían una consideración como problema de salud. Es necesario modular el uso consumista de los servicios sanitarios, y recuperar el valor y el prestigio de la consulta médica. Debemos invertir los máximos esfuerzos en dar respuestas desmedicalizadas a las demandas no médicas.

Y es evidente para todos que, a pesar de los más de 25 años transcurridos desde la formulación de las reformas en sanidad, el principal objetivo político de orientar el sistema sanitario hacia el nivel primario no se ha cumplido. Cada día es más perentorio un replanteamiento en la prestación de los servicios, que va desde una relación contractual más elástica y variable hasta una redefinición de los contenidos de las consultas y una reorientación de los roles de los distintos profesionales. La coordinación-relación entre niveles se ha constituido como uno de los puntos de mayor dificultad y controversia en el funcionamiento de los sistemas sanitarios, y las experiencias de integración exigen una transparencia y una evaluación rigurosas, que son la excepción más que la regla.

La crisis económica está produciendo una mayor presión sobre el sistema. Puesto que la mayor parte del gasto en salud se financia con los presupuestos públicos, aumentará la necesidad de los gobiernos para controlar los costos y mejorar la rentabilidad del gasto en salud. Sin embargo, estos objetivos a corto plazo vienen en el contexto de las tendencias a largo plazo: las presiones de incremento del gasto sanitario serán implacables, impulsadas por los cambios tecnológicos, las expectativas de la población y el envejecimiento. Los gobiernos tienen a su disposición una amplia gama de instrumentos de política para controlar los costos. A corto plazo, las políticas centralizadoras del tipo «orden y control» pueden contener gastos, pero tener consecuencias nefastas a largo plazo. Hay vías prometedoras para controlar el gasto en salud a largo plazo mediante una mejora de la rentabilidad, en particular de la calidad de la atención de la salud. De otro lado, para cosechar estos posibles beneficios a menudo es necesario invertir. Por lo tanto, muchos países se enfrentan a un dilema: las prioridades políticas a corto plazo y largo plazo a veces apuntan en direcciones diferentes. Un exhaustivo informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)⁴ señalaba en 2010

políticas de contención del gasto en épocas de restricción presupuestaria, evidenciando la multiplicidad de actuaciones posibles y sus diferentes efectos en el tiempo. En España son reseñables varias aportaciones a este debate. Dedeu et al.⁵, con la perspectiva de diversas disciplinas, revisan el entorno y la dinámica de atención primaria bajo un prisma histórico e internacional. Abogan, pragmáticamente, por mantener y potenciar la independencia de la atención primaria, de su estructura de gestión y de la organización sanitaria hospitalaria, reducir las rigideces del sistema funcional, cambiar el sistema de contratación de servicios para provocar cambios de actuación de los profesionales clínicos y aplicar la potencialidad de las redes, tanto en la asistencia como en la gestión. Desde la Asociación de Economía de la Salud⁶, un documento de debate «sensato y responsable» tuvo amplia repercusión en foros *online* y presenciales. Los autores propusieron tres ejes de análisis y de soluciones: 1) la financiación selectiva, basada en la efectividad y lo que estemos dispuestos a pagar por ella; 2) las herramientas organizativas y financieras para reorientar el sistema; y 3) el buen gobierno, desde arriba hasta abajo. Y como primer libro de la cátedra UPF-SEMG-Grünenthal de Medicina de Familia y Economía de la Salud⁷, se presentan vías de avance para la necesaria refundación de la atención primaria.

Si bien es cierto que nuestra puerta de entrada es todavía joven (descendiente de un modelo de seguridad social no muy lejano) y le falta la bagaje de países con gran tradición de *gatekeeping* con experiencia en gestión de recursos materiales y financieros, incluida la pertenencia de los centros de salud y de fuertes sociedades científicas, también lo es que somos exportadores netos de profesionales a países con primarias de reconocido prestigio. No parece entonces un problema de cantera, que la hay, aunque conviene no dormirse en los laureles, sino que falla demostrar la conveniencia y la necesidad de una atención primaria fuerte, de la mano de la salud pública, y que esta colaboración y sus repercusiones en salud calen en nuestros políticos, nuestra sociedad y nuestros estudiantes de medicina.

Atención primaria y salud pública

El entorno donde se vive (social, cultural, económico, ambiental, político) determina en gran medida la salud de una población, así como la equidad en salud. Las pruebas científicas sobre este hecho dan fundamento al movimiento de *Salud en todas las políticas*⁸, así como a las recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud⁹ y de la propia Estrategia de Equidad del Sistema Nacional de Salud¹⁰.

La existencia de un sistema nacional de salud, de cobertura universal y con escaso copago en el punto del servicio, es parte del «entorno» que determina la salud de la colectividad y de los individuos. La atención primaria de salud no es ajena a la dimensión poblacional de la salud (de ahí la propia acepción de «comunitaria» que se asigna a la medicina y la enfermería en el ámbito de la atención primaria), y por tanto «reconoce» los determinantes sociales y ambientales de la salud. Su propio funcionamiento, en España y otros países con un sistema nacional de salud, está vertebrado sobre la atención a individuos y familias que pertenecen a una comunidad-población dada. Esta dimensión poblacional lleva a una necesaria colaboración entre atención primaria y salud pública. Ambas deberían ir de la mano en el trabajo comunitario para mejorar la salud, la efectividad y la equidad¹¹.

Las políticas intersectoriales para promover la salud son necesarias en todos los niveles, desde el supranacional hasta el local (municipios, barrios), y en este último cobra sentido la colaboración entre atención primaria y salud pública. En el trabajo comunitario por la salud, los actores pueden (deberían) ser muchos, pero la atención primaria y la salud pública, en coordinada cooperación, tienen

una destacable posición de sensibilización de otros sectores y de abogacía por la salud.

Los profesionales de atención primaria y de salud pública que trabajan en el nivel local tienen un conocimiento complementario privilegiado de la población que atienden. Su conocimiento es insuficiente por separado, y por ello es fundamental la puesta en común de dicho acervo, pues consigue una visión dinámica y casi completa de la salud de una población, de sus determinantes sociales, económicos y ambientales, y de las acciones a llevar a cabo para mejorarla (y más si se cuenta con la participación de la propia comunidad). Esta colaboración permite tener en cuenta la complejidad de las intervenciones y la necesidad de priorizarlas, al tiempo que destaca las ventajas de la participación intersectorial.

Respecto a dicha participación, los profesionales de atención primaria y de salud pública pueden desempeñar un papel importante de abogacía y de colaboración con los diferentes sectores locales. Este papel no tiene por qué ser necesariamente de liderazgo, salvo en algunas circunstancias y lugares. El trabajo intersectorial tendrá más capacidad de éxito en la medida en que se logre la implicación de la política local en el trabajo de salud en todas las políticas.

Por ejemplo, un ayuntamiento comprometido con este trabajo conjunto es un incentivo para la participación de la propia población y la implicación de los diversos sectores (centros educativos, organizaciones ciudadanas, empresas, etc.) en la mejora de la salud y de sus determinantes. Tal ayuntamiento también puede ser importante para la priorización de intervenciones en urbanismo, medio ambiente, bienestar social, empleo, cultura y otras áreas de acción de ámbito local que tienen un enorme potencial en la mejora de las condiciones de vida, los hábitos saludables y, por ende, la salud de la comunidad.

A esta cooperación en el trabajo intersectorial hay que añadir otros ámbitos de coordinación más clásicos, pero también poco desarrollados, entre atención primaria y salud pública. Entre ellos, la colaboración en el control de las enfermedades transmisibles y de los brotes epidémicos, los programas de promoción de la salud y de prevención con actividades asistenciales y colectivas, y la evaluación de los servicios sanitarios¹².

Existe, pues, un amplio campo para mejorar la colaboración entre los dos niveles, a lo cual podría ayudar la difusión de las experiencias de integración en algunas comunidades autónomas¹³. Los profesionales, gestores y políticos deberían ampliar juntos el campo común, y compartir responsabilidades, habilidades y competencias, en un trabajo conjunto con la propia comunidad y con otros actores relacionados con la salud y sus determinantes¹⁴. No basta, por supuesto, con las buenas intenciones, sino que también son necesarios otros requerimientos (organizativos, estructurales y de mejora del funcionamiento y de la eficiencia de los recursos existentes). Los textos de este Informe SESPAS 2012 demuestran de diversas maneras las posibilidades de cooperación entre atención primaria y salud pública.

Confección del informe y agradecimientos

A finales de 2009, mediante la lista de distribución ECONSA-LUD (foro de información y debate en cuestiones de economía de la salud), uno de nosotros (FHI) tuvo conocimiento de la convocatoria pública de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) para que los/as socios/as presentaran propuestas para el informe bienal de 2012. Dos meses después, la buena nueva de que «La atención primaria: evidencias, experiencias y tendencias en clínica, gestión y política sanitaria» había sido el tema escogido para representar este informe bienal, supuso una gran satisfacción y a su vez una gran responsabilidad. No fue sencillo seleccionar e incitar a más de 50 autores para desarrollar 24 artículos, que cubren cuestiones muy variadas, desde políticas sanitarias hasta gestión de

servicios y gestión clínica. Pero fue mucho más fácil al contar con la inestimable ayuda de los otros dos editores (ACF y JG) y con el soporte de SESPAS (representada por SMC y CAD).

Desde el comienzo de 2011 fuimos recibiendo manuscritos que pasaron a los editores y revisores externos hasta tener las versiones definitivas. A revisores y autores, gracias por la paciencia.

Es obligado señalar que los trabajos en torno a este informe han sido *gratis et amore*, en lo que respecta a autores, revisores y editores.

No podemos terminar sin mencionar la muerte de una de las autoras, Barbara Starfield, cuyo texto¹⁵ publicamos sólo con mínimos cambios editoriales porque no hubo tiempo para que llevara a cabo las recomendaciones de los revisores. Con su muerte hemos perdido a una pensadora e investigadora central para la atención primaria y la salud pública^{16,17}.

Conflictos de intereses

Los editores del presente informe declaran total independencia en la elaboración de sus contenidos, así como no haber recibido ningún tipo de remuneración de las entidades que han colaborado en su patrocinio.

Bibliografía

- García Armesto S, Abadía Taira B, Durán A, et al. España: análisis del sistema sanitario. *Sistemas Sanitarios en Transición*. 2010;12:1-240.
- Gérvas J. Atención primaria de salud, política sanitaria y exclusión social. En: Documento técnico para el VI Informe FOESSA. Madrid: Fundación Foessa; 2008.
- Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York: Oxford University Press; 1998.
- OECD Health Policy Studies. Value for money in health spending. OECD Publishing 2010. (Consultado el 18/01/2012.) Disponible en: www.oecd.org/health/valueformoney
- Dedeu A, Lapena C, Martí T, et al. Reflexiones sobre la atención primaria de salud. *Fundación Alternativas*. N°: 172/2011 (Consultado el 18/01/2012.) Disponible en: <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/reflexiones-sobre-la-atencion-primaria-de-salud>
- Bernal E, Campillo C, González B, et al. Economía y salud. *Boletín informativo* - Año 2011. Diciembre, n° 72. (Consultado el 18/01/2012.) Disponible en: www.aes.es
- Ortún V, director. La refundación de la atención primaria. Madrid: Springer Healthcare; 2011. (Consultado el 18/01/2012.) Disponible en: <http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/publicaciones/coleccion.catedra.html>
- Artazcoz L, Oliva J, Escribà-Agüir V, et al. La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España. *Informe SESPAS 2010*. *Gac Sanit*. 2010;24 (Supl 1):1-6.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. Disponible en: <http://www.mspis.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EquidadSaludyDSS.htm>
- Gérvas J, Segura Benedicto A. Seminario Innovación en Atención Primaria 2006. Cooperación entre salud pública y atención clínica en un contexto de cambio de la utilización del sistema sanitario. *Aten Primaria*. 2007;39:319-22.
- Segura A. Políticas de salud (actuaciones poblacionales) en los servicios asistenciales. *Informe SESPAS 2008*. *Gac Sanit*. 2008;22 (Supl 1):104-10.
- Sierra I, Cabezas C, Brugulat P, et al. Estrategia «Salud en los barrios»: actuaciones focalizadas en territorios de especial necesidad social y de salud. *Med Clin (Barc)*. 2008;131 (Supl 4):60-4.
- Pasarín MI, Forcada C, Montaner I, et al. Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. *Informe SESPAS 2010*. *Gac Sanit*. 2010;24 (Supl 1):23-7.
- Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012*. *Gac Sanit*. 2012;26 (Supl 1):19-25.
- Gérvas J, Pérez Fernández M, Rajmil L, et al. In memoriam. Barbara Starfield. *Gac Sanit*. 2011;25:443.
- Gérvas J, Pérez Fernández M. Quando um gigante cai, os aões ficam sem sombra. *Rev Soc Bras Med Fam Comunit*. 2011;6.

Francisco Hernansanz Iglesias^{a,*}, Ana Clavería Fontán^b,
Juan Gérvas Camacho^c, María Soledad Márquez Calderón^d
y Carlos Álvarez-Dardet^e

^a *Equipo de Atención Primaria Nord, Sabadell, Barcelona, España*

^b *Xerencia de Atención Primaria, Vigo, Pontevedra, España*

^c *Equipo CESCA, Madrid, España*

^d *Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, Sevilla, España*

^e *Departamento de Salud Pública, Universidad de Alicante, Alicante, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fhi2002@comz.org (F. Hernansanz Iglesias).