

## Conclusiones y recomendaciones. Informe SESPAS 2012

### Conclusions and recommendations. SESPAS report 2012

“¿Quién quiere una Atención Primaria mejor? Seguramente sabemos quiénes deberían desearla, pero el problema es que la mayoría interesada aún no se ha enterado. Y entre su silencioso desconocimiento sólo se escucha la voz de la Atención Primaria y sus descontentos.”

Ricard Meneu y Salvador Peiró

#### La refundación de la Atención Primaria<sup>1</sup>

La atención primaria tiene una especial relación con la Salud Pública. Por ejemplo, como se señala específicamente en este Informe, por el impacto del consumo masivo de medicamentos (con sus reacciones adversas) que se prescriben en ese nivel; o por el conocimiento de los pacientes y comunidades que facilita ofrecer actividades apropiadas a la idiosincrasia y cultura local; o por su interacción con la comunidad y la capacidad de implicarla en la resolución de problemas de salud. Por todo ello, era necesario un Informe SESPAS sobre atención primaria.

Hemos querido transmitir en estas páginas una visión general de la atención primaria enfocada a sus propias características, pero también a la salud pública. Se tratan todos los problemas importantes y se consideran todos los profesionales. Hay un mayor énfasis acerca de la formación del médico, por su importancia en el equipo de atención primaria y en la sociedad.

Se ha pretendido un punto de vista ecuánime, pero la tarea es difícil cuando la administración tiene un discurso retórico, y se dice una cosa y se practica la contraria, especialmente en los presupuestos. En eso también están hermanadas la atención primaria y la salud pública. La respuesta a tal discurso no ha de ser la queja, que hemos evitado, sino la capacidad de autocrítica y de generar soluciones factibles. En todos los textos se proponen ideas e iniciativas que facilitan la solución de los problemas examinados. También hemos promovido la presentación de ejemplos, que sirvan de acicate.

Los editores hemos propuesto temas y, con el inestimable trabajo de los autores, hemos intentado realizar una fotografía del primer nivel asistencial y de sus relaciones con la salud pública. Aunque no haya una división formal, se diferencian en el Informe cuatro bloques: uno más relacionado con políticas sanitarias, otro con la profesión, otro más vinculado a la gestión de centros y áreas de salud, y el cuarto sobre cuestiones de microgestión.

La intención última del Informe es ayudar en la toma de decisiones para lograr una atención primaria incardinada en el Sistema Nacional de Salud, tanto con salud pública, como con la atención especializada y con otros servicios y sectores sociosanitarios.

Creemos en una atención primaria capaz de ofrecer servicios según necesidad y de dar respuesta en su nivel a la mayoría de los problemas. La atención primaria española no es perfecta, ni de lejos, pero en el día a día cumple con esas dos condiciones.

Describir y considerar todos los ámbitos y cuestiones es un imposible, y más con 17 servicios regionales de salud. Queda, pues,

mucho por analizar y debatir, como podrá observar el inteligente lector. En nuestro descargo, nunca pretendimos ser exhaustivos sino imprescindibles.

#### La combinación de cuatro atributos: la marca de la eficiencia

La calidad de la atención primaria se basa en combinar primer contacto, longitudinalidad, integralidad y coordinación. Sin accesibilidad no hay nada que ofrecer. Si hay accesibilidad, que sea para ofrecer mucho y necesario. Si se hace accesible y se ofrece mucho y necesario, conviene el seguimiento a lo largo de años. Por último, siendo accesible y ofreciendo mucho y necesario, a lo largo de años, es imprescindible coordinar los servicios dentro y más allá de la atención primaria.

Cuando se cumplen los cuatro atributos se logra menor mortalidad, mayor equidad, distribución más equitativa de los servicios de salud y menos hospitalizaciones. Los datos soportan estas conclusiones tanto para países desarrollados como en desarrollo, por lo que la atención primaria es parte esencial de los sistemas sanitarios, y de su papel como determinante de salud, y como componente del estado de bienestar. Además, la consecución de, por ejemplo, la longitudinalidad, da prestigio a los profesionales sanitarios, que resuelven problemas de salud (o ayudan a evitarlos, o paliar el sufrimiento anejo, al menos) al tiempo que colaboran para llevar lo mejor de la salud pública a las comunidades y pacientes que tan bien conocen.

Sin embargo, nos enfrentamos a hechos que dificultan esta política y que alimentan un círculo vicioso de difícil solución.

En la consulta se estimula la aversión a la incertidumbre, pues el estudiante (de medicina, enfermería, odontología, psicología, etc.) se expone en el grado a patología compleja, de baja prevalencia e intensiva en tecnología, con el paradigma biológico impregnando la formación curricular y la consecuente carencia formativa en, por ejemplo, desigualdades sociales, promoción de la salud y salud comunitaria, prevención cuaternaria, salud sexual y otras áreas. Se forma a los profesionales en la aversión a la incertidumbre, bajo la “tiranía del diagnóstico”, muy alejados de la comunidad y de sus valores y capacidades, y con una hipertrofia preventiva que vicia las respuestas clínicas en detrimento de las de salud pública.

En lo que respecta a los médicos, viven una crisis de identidad de la medicina de familia, deterioro progresivo en la convocatoria MIR, huida a oportunidades laborales de otros países y renuncia a la propia especialidad y la selección de otras, o de las urgencias. Si ésta última logra también la especialidad, puede hundir más aún al primer nivel. La participación masiva de extranjeros conlleva también problemas específicos, no considerados en la planificación de necesidades. Como aspecto positivo, la especialización de enfermeras y pediatras en atención primaria.

La situación se complica si consideramos el discurso teórico mantenido 25 años de énfasis sobre la atención primaria como eje del Sistema Nacional de Salud y su puerta de entrada, y sobre el

trabajo en equipo y la capacidad de resolución de problemas. En la práctica se traduce en una insuficiencia presupuestaria que lleva a un gasto sanitario privado ambulatorio de los más altos de los 22 países de Europa de la OCDE, una atención cada vez menos universal y menos utilizada por los más influyentes, y al abandono del afán de superación entre políticos, gestores y profesionales.

La atención primaria española es pro-pobre, pero las desigualdades sociales en salud (diferencias en salud que son injustas y evitables en un sistema sanitario universal y gratuito) se perpetúan en parte gracias a una atención primaria poco organizada y desbordada -percepción errónea de la frecuentación como exógena-, con escasos recursos, que no incorpora variables sociales en la historia clínica y con una preparación biológica de los profesionales que orienta hacia la respuesta automática clínica todos los problemas de salud y los factores de riesgo. Es una atención que dista de ser la más efectiva, ya que difícilmente se puede prestar un buen cuidado si se obvian los determinantes sociales de salud y el reparto de tareas con la salud pública y los servicios sociosanitarios. Tales dificultades se hacen más evidentes en algunos campos concretos, como la atención a la dependencia, o a los marginados y excluidos.

### Reforma pro-contenido y pro-coordinación, e integración

La reforma de la atención primaria mejoró el contenido de la misma, desde la especialización en medicina de familia a la construcción y dotación de los centros de salud. Falta ampliar campos que hagan más atractivo el trabajo, el desarrollo de una carrera profesional propiamente dicha, y el fomento de la investigación. A todo ello se pueden aplicar incentivos, tanto personales como grupales; por ejemplo, la ponderación del pago por capitación según la "carga de morbilidad" de los pacientes. La mejora de la prescripción es tarea clave, en lo que respecta a la sobremedicación y a la inframedicación, sin olvidar las responsabilidades de los gestores y políticos, por ejemplo, para reducir el papel de la industria farmacéutica en la formación continuada y para ajustar financiación pública a coste-efectividad demostrada. Este campo es uno más entre los muchos que contribuyen al abismo que separa la efectividad de la eficacia, que conviene ir rellenando sin pausa. De nuevo, precisamos investigación, sobre todo para integrar la mejor información científica, clínica y de salud comunitaria, en el trabajo diario.

Se echa de menos una reforma pro-coordinación, que dé autonomía a los profesionales, y poder a los médicos para asignar presupuestos y responder de dicha capacidad de gasto. Cabría ampliar las experiencias de autonomía de gestión (conservando el salario y el régimen de funcionario) y de autogestión (la contratación con los propios profesionales como autónomos e independientes), especialmente en lo que supone la libre elección entre los miembros del equipo. Existen experiencias de integración sanitaria, como las OSI catalanas, que conviene difundir.

Hay déficit claros en la atención a domicilio, y oportunidades para avanzar en la responsabilidad compartida del espacio socio-sanitario con especial atención a la dependencia. Las proyecciones de población dependiente van al alza y partimos de un gasto en cuidados crónicos, gasto en personas mayores y gasto en discapacidad de menor cuantía que nuestros homólogos de la UE-27. Si a esto le unimos la presumible escasa recaudación tributaria en época de crisis y la ausencia de financiación específica, el pronóstico de la sostenibilidad financiera del sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia parece sombrío. Ahí tienen un papel clave enfermería, junto a servicios sociales, pero eso requiere "dejar de hacer para hacer", todo un cambio.

La preferencia por recibir cuidados en el hogar en lugar de institucionalizar señala a la atención primaria como principal valedor, recalando aquello de máxima calidad, mínima cantidad, con la tecnología adecuada y lo más cerca del paciente posible. Conviene

explorar los efectos secundarios del diseño de prestaciones: la sustitución de cuidadores formales (fuente de empleo) por informales (claudicación). Si bien la evidencia de los beneficios en integración sociosanitaria es todavía escasa, algunos estudios señalan ahorros en costes. La atención a pacientes cada vez más complejos y con múltiples necesidades hace imprescindible la participación de múltiples profesionales. En el centro de salud se deben integrar sus diferentes enfoques y funciones, poniéndolas al servicio de los resultados.

La coordinación entre niveles es muy defectuosa, y el paso de atención primaria a especializada, y viceversa, constituye un paso peligroso. Cabe pensar en las tecnologías de la información, o en el desarrollo de guías, o en el trabajo específico sobre esta cuestión, o incluso en gerencias únicas, pero las soluciones no son fáciles, y más si no se analizan y siguen sin demostrar beneficios, daños y costes. Entre los dos niveles conviene no olvidar la existencia de servicios de urgencia extrahospitalarios, que atienden millones de consultas pero reciben escasa atención.

### De sistema nacional de enfermedad a sistema nacional de salud

Salud en todas las políticas, del informe SESPAS 2010, es un ejemplo de actuación en la salud desde fuera de los servicios sanitarios y de reducción de desigualdades en salud. Si los mayores determinantes de salud son sociales, así deben ser las soluciones asumiendo el sistema sanitario su influencia parcial sobre la dimensión colectiva de la salud. Esto no impide que la atención primaria trabaje la atención individual con orientación familiar y comunitaria, y se pueda establecer una alianza del primer nivel con los servicios de salud pública sanitarios y sociosanitarios, y la comunidad participe activamente en la promoción de la salud.

Necesitamos indicadores normalizados y constantes, sobre los que mejorar la información que ya proporciona el SIAP. Sobre todo, precisamos saber sobre estructura y proceso, pero también sobre costes y resultados.

Para el Sistema Nacional de Salud es tan importante la situación de los pacientes que consultan como la de la población no utilizadora de servicios. Por ello necesitamos una fotografía precisa de la situación de salud con indicadores *ad hoc*, que debería proceder también de fuentes cualitativas, y aprovechar los activos en salud de la comunidad para transferir conocimiento a todos los agentes. Se trata de pedir a la atención primaria lo que debe dar, al tiempo que se reorienta el sistema sanitario a un modelo promotor de salud, eliminando actividades preventivas poco o nada eficientes y la excesiva medicalización de la vida.

La simplicidad del sistema se hace obvia cuando se pretende dar respuesta a pacientes complejos, por ejemplo con enfermedades crónicas que se suman entre sí, y a las agudas. Ni siquiera podemos hablar, pues, de un sistema nacional "de enfermedad", a no ser que se entienda por tal el que responde a problemas simples, de uno en uno. Si se busca un sistema nacional de salud necesitamos una atención primaria polivalente y resolutoria, capaz de nadar como pez en el agua en el mar de la colectividad, y al tiempo competente para dar respuesta a pacientes complejos y para considerar la salud en conjunto, y que por ello coopere con otros servicios, sociosanitarios y extrasanitarios.

### Algunas soluciones

A lo largo de este comentario se han ido desgranando posibles respuestas a los problemas, y en cada artículo se trata en profundidad este apartado. Pero conviene insistir en que se precisa más énfasis de la medicina de familia durante el grado, como materia longitudinal y transversal, con departamentos de la especialidad,

con un cuerpo docente propio que empape al estudiante de conceptos básicos (tipo “esperar y ver”, longitudinalidad y demás), y que incluya el estudio de cuestiones sobre, por ejemplo, equidad y su repercusión en la salud. En el MIR y en la formación especializada de enfermería y otros profesionales, hay que capacitar para el trabajo en atención primaria, con el control de la incertidumbre y de los tiempos, y el salto natural de la consulta a la comunidad. Tras la especialización, la calidad diaria se mantiene con políticas apropiadas de personal y con incentivos financieros y profesionales. La investigación puede ayudar si se cuenta con un equipo de apoyo, y con líneas prioritarias. La carrera profesional debe cambiar para no equiparar productividad a antigüedad, y para reducir la diferencia en las condiciones laborales de los profesionales entre asistencia especializada y atención primaria. La autonomía es clave, y cabe incrementarla incluso manteniendo el sistema de salario y funcionario.

El presupuesto puede aumentar, si la atención primaria es capaz de sustituir a la atención especializada. La función de filtro del médico de cabecera puede mejorar la eficiencia del sistema, siempre que tal función cumpla su objetivo de “dejar pasar” según necesidad de recursos y conocimientos; con ello los especialistas pasarían a ser consultores que prestan atención esporádica, salvo excepciones. La asignación de recursos entre comunidades autónomas, áreas de salud o niveles asistenciales deben ser coherentes entre sí y con los objetivos del sistema.

Una atención primaria eficiente, que colabore con la salud pública y se coordine con la atención especializada y otros servicios sociosanitarios y extrasanitarios puede ayudar a lograr el uso apropiado de los recursos y a mejorar la equidad en salud.

## Conflicto 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.

## Agradecimientos

A los autores por su dedicación y contribución desinteresada. También a los revisores por la implicación. A Soledad Márquez Calderón y Carlos Álvarez Dardet por las sugerencias y paciencia a lo largo del todo el proceso.

## Bibliografía

1. *La refundación de la atención primaria*. Ortún V, director Barcelona: Springer Healthcare, 2011.

Francisco Hernansanz Iglesias<sup>a,\*</sup>, Juan Gérvas Camacho<sup>b</sup>  
y Ana Clavería Fontán<sup>c</sup>

<sup>a</sup> *Medicina General, Equipo de Atención Primaria Nord. Sabadell, Barcelona, España*

<sup>b</sup> *Medicina General, Equipo CESCA, Madrid, España*

<sup>c</sup> *Departamento de Saúde, Xerencia de Atención Primaria de Vigo, Vigo, España*

\* Autor para correspondencia.

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