

Atención Primaria en España: Logros y Desafíos

Fernando Lamata Cotanda

Doctor en Medicina
Experto en política sanitaria

La Declaración de Alma Ata, promovida en 1978 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), dio un impulso decisivo a la Atención Primaria (AP). Poco después, en España tuvimos la oportunidad de recoger esos principios en el Real Decreto 137/1984 de Estructuras Básicas de Salud. Pusimos en marcha los primeros Equipos de Atención Primaria (EAP) y los primeros Centros de Salud (CS). Comenzaron a trabajar las primeras promociones de Medicina Familiar y Comunitaria; se incorporó un enfoque de salud pública y de promoción de la salud a partir de diagnósticos de salud de zona; se reforzó el rol de la enfermería estableciendo las consultas y diferentes programas; se implantaron historias clínicas completas, posibles al pasar de las dos horas de consulta de "cupo" (con más de 40 pacientes por consulta/día) a jornadas de 8 horas, con cupos razonables, que permitían una buena anamnesis, exploración y enfoque del problema de salud. Sin duda la motivación de los profesionales fue un enorme valor que impulsó la reforma.

Como toda estructura viva, también la AP requiere un proceso de mejora permanente para no ir marcha atrás. Recientemente, el 20-21 de junio de este año la OMS ha creado un Grupo Asesor para continuar desarrollando la AP en Europa¹. Por su parte, el Panel de expertos en políticas de salud de la Comisión Europea, en el que tuve el honor de participar, elaboró un Informe analizando la situación de la Atención Primaria y posibles líneas de desarrollo futuro, insistiendo en la investigación².

Sin embargo, a lo largo de los años (33 desde los primeros EAP) se ha perdido parte de la motivación, y a veces se ha desdibujado el papel de la AP, mientras se aumentaban rigideces y burocracias innecesarias. Nos hacemos más viejos, y los recortes han frenado la incorporación de jóvenes profesionales con proyectos estables e ilusionantes de trabajo, produciendo sobrecarga en las consultas y demoras para conseguir cita, como muestra el estudio de la Organización Médica Colegial³. Hoy hay más médicos de AP mayores de 60 años (17,7 %), que menores de 40 (17,1 %).

Es cierto que no se trata solamente de los recortes. Hay nuevas necesidades (envejecimiento, pluripatologías) y nuevas posibilidades (tecnologías, papel de la persona /

paciente, etc.). Esto motivó la discusión y elaboración de un Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012, la AP 21⁴, que con 44 estrategias proponía soluciones prácticas para los problemas detectados. Debía haber sido un nuevo impulso. Lamentablemente, a poco de aprobarse estalló la crisis financiera que ha tenido y está teniendo un impacto muy negativo en la sanidad pública (en España y en la UE). Desde posiciones neoliberales no sólo se pretendió dar salida a la crisis con recortes de políticas públicas, erosionando las estructuras sanitarias, sino que, además, se pretendió aprovechar la debilidad de las posiciones progresistas para promover procesos de privatización de la gestión.

Parece claro que se precisa una reflexión a fondo, para relanzar el sistema sanitario público y, en particular, la Atención Primaria. Pero creo que debemos hacerlo en forma positiva, valorando lo mucho conseguido, y desde ahí, plantear los pasos a dar.

¿Cuál es el punto de partida?: La Atención Primaria española, entre las tres "más fuertes" de Europa.

El Observatorio Europeo en Sistemas y Políticas de Salud de la OMS, publicó en 2015 el estudio *Building primary care in a changing Union*⁵, elaborado por Dionne S. Kringos y otros, basado en un trabajo previo de Kringos y cols.⁶. Este es un estudio muy completo que utiliza varios indicadores para cada dimensión, clasificando los resultados como "fuerte", "mediano", o "débil". En este trabajo España es el único país, de los 31 países europeos estudiados, en el que las 7 dimensiones analizadas reciben una calificación de "fuerte". Así mismo, el conjunto de la Atención Primaria se califica como "fuerte" para España, junto con Reino Unido, Dinamarca, Bélgica, Portugal, Finlandia, Estonia, Holanda y Eslovenia. Los países cuya Atención Primaria reciben una calificación de "débil" son, por ejemplo, Austria, Eslovaquia, Grecia o Luxemburgo. Mientras que, en Alemania, Francia o Italia, su Atención Primaria recibe una calificación de "intermedia".

En el estudio de 2015 se presenta un ranking para las dimensiones de "estructura", en el que España aparece en tercer lugar, después de Reino Unido y Holanda (pág. 104). En cuanto a las dimensiones de "proceso", el ran-

king coloca a España en segundo lugar, después de Dinamarca y antes de Reino Unido (pág. 107). Podemos decir así que la Atención Primaria en España está entre las tres “más fuertes” de Europa.

Estos estudios valoran “estructura y proceso”. Pero ¿qué pasa con los resultados en salud y en satisfacción?

Podemos dar un primer dato: según Eurostat, la esperanza de vida al nacer en España es la más alta de la Unión Europea⁷. Sin duda, un magnífico resultado.

Ahora bien, como sabemos que la salud depende de muchos factores (alimentación, agua potable, medio ambiente, condiciones laborales e ingresos, etc.), buscamos otros indicadores. Así, en el exhaustivo trabajo publicado en mayo en *The Lancet* sobre mortalidad evitable, Murray y cols. analizan la mortalidad por causas que no deberían ser fatales en presencia de una atención sanitaria efectiva, es decir accesible y de calidad (no sólo intervenciones de Atención Primaria, pero donde la AP tiene un papel relevante en la prevención, educación sanitaria, evaluación de riesgo, diagnóstico precoz, tratamiento y en su caso, derivación) y generan un Índice que denominan de “calidad y acceso”⁸. Pues bien, el Índice de calidad y accesibilidad de la atención sanitaria en España también se sitúa entre los tres primeros de la UE, después de Suecia y a la par que Finlandia.

Una manera indirecta de medir la capacidad de resolución de la Atención Primaria es ver la tasa de personas que necesitan hospitalizaciones en un país. Utilizando datos de OCDE⁹, vemos que la tasa de hospitalización en España es la segunda más baja de la UE, después de Portugal, con 102/1.000 habitantes, frente a tasas de más del doble en Alemania (256/1.000) o en Austria (263/1.000). Como podemos suponer, esto implica que en estos países hay más estructura hospitalaria. Mientras en España hay 3 camas /1.000 habitantes, en Alemania hay 8,2/1.000 habitantes, con el gasto que esto supone.

La opinión de los ciudadanos sobre la AP en España también es favorable. Aunque la valoración de la ciudadanía sobre la sanidad pública ha empeorado en los últimos 6 años, debido al impacto de los recortes y a determinadas políticas de privatización de servicios, todavía muestra buenos resultados, sobre todo en Atención Primaria. La valoración global de la Atención Primaria del Barómetro Sanitario es de 7,29, mientras que en las consultas de Atención Especializada es de 6,74, en consultas de urgencia hospitalaria es de 6,04, y en atención durante un ingreso en hospital es de 6,76¹⁰.

Las personas que han utilizado la Atención Primaria valoran con más de 7 el trato recibido, el tiempo dedicado, la

confianza, el conocimiento del historial y el seguimiento, la información sobre el problema de salud, y los consejos sobre hábitos de vida y riesgos.

¿Cuáles son los puntos fuertes de la Atención Primaria en España?

Como hemos visto, el análisis comparado muestra una Atención Primaria relativamente fuerte en España. Los puntos fuertes de nuestro modelo son: profesionales bien formados; trabajo en equipo (medicina de familia, pediatría, enfermería, y otros profesionales); zona adscrita al CS, y lista de pacientes a cada profesional; puerta de entrada al sistema (primer contacto, con carácter general); sistema de derivación o referencia a los demás especialistas. Es muy importante también la amplia cartera de servicios, que incluye actividades de prevención de enfermedad y promoción de la salud, y los medios diagnósticos disponibles. También son importantes la cobertura “casi” universal, y una amplia distribución de Equipos de Atención Primaria en todo el territorio, con una buena accesibilidad geográfica y horaria (mañana y tarde, telefónica, por internet, urgencias, atención a domicilio). Tampoco se exige un copago por la consulta de AP. En cuanto a la información clínica hay historia digitalizada en la mayoría de los EAP y en los hospitales, y parte o toda la información es accesible desde diferentes centros en la red (en el ámbito de los Servicios Regionales de Salud).

En otros países de la UE el profesional de Atención Primaria trabaja solo, como autónomo, en una clínica particular, y está concertado por la sanidad pública. No trabaja en equipo. Atención Primaria no es la puerta de entrada al sistema de salud y los pacientes pueden acudir directamente a cualquier especialista. No hay pacientes adscritos al médico de Atención Primaria. No hay función de derivación a especializada y coordinación de la información, con lo que se dificulta la continuidad de los cuidados. En algunos países no hay intervenciones preventivas o de promoción de la salud en AP. En varios países hay copago en la consulta de primaria, suponiendo una barrera de acceso. Buena parte de la información clínica no es accesible por los diferentes profesionales (está informatizada la clínica de cada profesional).

Algunos desafíos (y oportunidades)

Por lo tanto, no se trata de “tirar el niño con el agua sucia”, de cambiar el modelo. Se trata de resolver los problemas estructurales y funcionales. Se trata de recuperar la prioridad en la sanidad pública, y dentro de ella en la Atención Primaria. Se trata de ofrecer una buena Atención Primaria para dar respuesta a los nuevos problemas de los pacientes y de la sociedad del siglo XXI. En la AP-21, así como en documentos de la OMS y de la Comisión Europea se

encuentran algunas de estas propuestas. Pero quiero hacer énfasis en las siguientes:

- Recuperar y aumentar el gasto sanitario público. Ya sé que no es solo cuestión de más recursos. Pero sin recursos no podremos mantener y mejorar la sanidad pública. Se debe aumentar el volumen de ingresos públicos mediante una reforma fiscal que haga que paguen más los que más tienen y las grandes corporaciones que ahora no pagan. Si se sigue haciendo soportar la carga fiscal a las clases medias y los trabajadores, el sistema sanitario público se hundirá. La lucha contra el fraude fiscal es una prioridad de la sanidad pública.
- Reducir drásticamente el gasto en medicamentos¹¹. Los elevadísimos precios de los nuevos medicamentos absorben buena parte del gasto sanitario. Solamente en los nuevos medicamentos para la Hepatitis C gastamos más de 1.700 millones de euros entre 2014 y 2016. El coste de esos medicamentos es de 30-35 millones de euros. Con el “exceso” de gasto en estos medicamentos se habrían podido pagar los sueldos de más de 10.000 médicos de familia durante esos tres años. No solo es un reto de los Gobiernos, sino también de los profesionales. Autorizar los medicamentos y fijar los precios corresponde al Gobierno; pero la prescripción adecuada y la deprescripción sensata es tarea del médico.
- Contar con la persona / paciente como gestor de procesos. Autocuidado supervisado. Educación sanitaria. Programas de promoción de salud y prevención de enfermedad. Esta es una oportunidad. Las personas están mejor formadas y pueden educarse, con el apoyo de los profesionales y las escuelas de salud, para cuidar su salud y gestionar los procesos de enfermedad.
- Profundizar en los aspectos de salud pública y comunitaria como una de las principales señas de identidad de la AP, y reforzar el funcionamiento en equipo multidisciplinar.
- También hay que hacer una reflexión sobre el papel y la formación de los profesionales ante los nuevos retos (cambios epidemiológicos, demográficos, sociológicos, sociedad de la comunicación, etc.). El enfoque de la atención sanitaria hacia la cronicidad requiere, entre otras cosas, un importante viraje en las responsabilidades y actuaciones de la enfermería en AP. El despliegue de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria es una buena oportunidad para ello.
- Utilizar mejor las tecnologías de la información y comunicaciones. Es otra oportunidad, aunque tiene riesgos. El uso del ordenador en la consulta para la historia clínica electrónica es un avance. Pero si la “pantalla” absorbe toda la atención y resta la cortesía en la relación con los pacientes, el efecto puede ser negativo. Un buen uso de la tecnología, de la comunicación por móvil, email, Skype, etc., ofrece muchas posibilidades de atención a domicilio o en el lugar de trabajo, evitando desplazamientos y sobrecargas.
- Utilizar el Big Data y los sistemas de información. Otra oportunidad y otro riesgo. En España, sobretodo en AP, las historias clínicas digitalizadas permitirían obtener información muy valiosa. En primer lugar, para los clínicos, también para los investigadores, y desde luego para la evaluación y planificación. Es importante que estos datos se puedan tratar con programas adecuados y que la información que generen se sitúe en tiempo y forma en los niveles oportunos (desde luego en los profesionales de AP). El riesgo es que las CCAA generen programas diferentes, o que “vendan” esta información a empresas privadas, o que “externalicen” la gestión del Big Data sanitario a la industria farmacéutica con fórmulas de “colaboración público-privada”. Sería un error imperdonable.
- Reorientar los sistemas de formación y de investigación. En estos momentos la mayoría de los cursos de formación, congresos, publicaciones científicas, ensayos clínicos, etc., están pagados por la industria que decide quién se forma, a qué profesional incentiva, qué se pone en las Guías y Protocolos, y qué artículo se publica. Esta situación es grave y es inaceptable. El dinero con el que la industria paga estas actividades sale del precio excesivo de los medicamentos, protegido por las patentes. Las Administraciones deben reducir drásticamente los precios, pagando únicamente lo que cuesta la fabricación y otros gastos razonables. Con el resto podrían financiar directamente la investigación y la formación a los profesionales y los centros de investigación y sobrarían todavía 8.000 millones de euros. Ese dinero, como apunta acertadamente Kieran Harkin, médico de familia¹², se podría destinar, por ejemplo, a pagar más profesionales, acelerar pruebas diagnósticas, implantar programas de prevención, dar apoyos en domicilio, etc.
- Coordinar mejor con los servicios sociales y educativos. Integrar procesos, no redes. Es otra oportunidad. Muchos problemas de fragilidad en el anciano se pueden prevenir con actividades de promoción de la salud y envejecimiento activo. Y muchos de estos programas se pueden hacer en los centros de servi-

cios sociales. De la misma forma, la atención a las personas en situación de dependencia, o a personas con discapacidad, pueden beneficiarse de una mejor coordinación entre los servicios sociales y los servicios sanitarios. El proyecto de Estrategia de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha 2020 era una buena base para avanzar¹³. También es clave la coordinación adecuada con los servicios educativos, tanto para diagnóstico precoz, como para promoción de la salud y para prevenir problemas de salud mental y otros procesos patológicos.

- Mejorar la gestión de la AP para dotarla de toda su potencialidad, generando eficiencia en el Sistema. Evaluar la gestión de la AP en áreas integradas (que pueden derivar en hospitalocentrismo) y, en su caso, definir estructuras de gestión apropiadas para reforzar progresivamente el papel de la AP.

En definitiva, la Atención Primaria contribuye de manera eficaz al mantenimiento y la mejora de la salud en España. Es una inversión rentable. Como toda estructura viva, es preciso renovarla, actualizarla, invertir en ella tiempo y dinero para que sea más eficaz y más eficiente. Ese reto depende, a partes iguales, de los profesionales sanitarios, de los Gobiernos y del conjunto de la sociedad. Las soluciones están en nuestras manos

BIBLIOGRAFIA

1. WHO European Region (2017). New WHO advisory group launched in Almaty to shape the future of primary health care. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/news/news/2017/06/new-who-advisory-group-launched-in-almaty-to-shape-the-future-of-primary-health-care>
2. EXPH (2014) (EXpert Panel on effective ways of investing in Health), Report on Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems, 10 July 2014.
3. CGCOM (2017). Estudio sobre la situación laboral de los médicos en España. Informe de resultados. Julio de 2017. Situación del Médico de Atención Primaria en España 2016. http://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/estudio_situacion_laboral_ap_2016_omc_cesm.pdf
4. Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. https://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf
5. Kringos D et al (2015) Building primary care in a changing Union, Observatorio Europeo en Sistemas y políticas de salud, de la OMS.
6. Kringos D et al (2013) The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *The British Journal of General Practice*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3809427/>. (acceso: 10/8/2017).
7. Eurostat Database (2017), últimos datos publicados de EVN para 2015. <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>. (acceso: 10/8/2017).
8. Murray Ch (2017) Healthcare Access and Quality Index base don 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. [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)30818-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)30818-8.pdf). (acceso: 10/8/2017)
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016). Barómetro Sanitario 2016. https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2016/BS2016_MAR.pdf
10. OECD (2016). Health at a glance: Europe 2016. <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>,
11. Lamata F., Gálvez R, Sánchez-Caro J, Pita Barros P, Pui-gventós F. (2017). Medicamentos: ¿Derecho humano o negocio?. Díaz de Santos, Madrid 2017.
12. Diarmaid McD, Kieran H (2017). Wiser, not more, spending on our drug bill will save lives. *Irish Examiner*, March 20 2017. <http://www.irishexaminer.com/viewpoints/analysis/wiser-not-more-spending-on-our-drug-bill-will-save-lives-445640.html>
13. Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha. Estrategia 20/20 de Salud y Bienestar Social. El Modelo de Castilla-La Mancha. Toledo 24/1/2011. <http://omis.newhealthfoundation.org/estrategia-2020-salud-bienestar-social/>



Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).