

Monografía SESPAS 2023

EL ECOSISTEMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

**Una propuesta de reflexión y
orientación para su actualización**

Citar como: Satue_de_ Velasco E et al. El ecosistema de la atención primaria. SESPAS; 2023.

Licencia: 

ISBN: 978-84-09-52028-2

Zaragoza, 2023

Maquetación: ARPIrelieve, S. A.

Coordinación

- *Eduardo Satue. Farmacéutico comunitario en Maella (Zaragoza). Vicepresidente de SESPAS.*

Autores (por orden de aparición)

- *Luis Palomo. Médico de familia en Centro de Salud "Zona Centro" (Cáceres).*
- *Juan Simó. Médico de familia en Centro de salud Rochapea (Pamplona).*
- *Rosa Magallón Botaya. Médico de familia. Profesora Titular de medicina de familia en la Universidad de Zaragoza. Presidenta Red Española de Atención Primaria.*
- *José Ramón Martínez Riera. Profesor Titular Universidad de Alicante. Vocal Relaciones Institucionales e Internacionales de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC).*
- *Vicente Baixauli. Farmacéutico comunitario en Mislata (Valencia). Presidente Sociedad Española Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria.*
- *Vicente Ortún. Catedrático emérito contratado del Departamento de Economía y Empresa, e Investigador Principal del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.*
- *Andreu Segura. Médico salubrista. Editor invitado (salud comunitaria) Gaceta Sanitaria.*
- *Joan Guix. Societat de Salut Pública de Catalunya i de Balears.*
- *Vicente Gea-Caballero. Decano, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Internacional de Valencia (VIU). IP Grupo de Investigación en Salud Comunitaria y Cuidados, VIU. Secretario de SESPAS. Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC).*

- *Dra. Beatriz Sánchez Hernando. Enfermera Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miralbueno (Zaragoza). Universidad Internacional de Valencia. Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC).*
- *Emilia Fernández Fernández. Trabajadora social en Málaga del Servicio Andaluz de Salud (actualmente jubilada). Ex-Profesora de la Escuela de Asistentes Sociales de Málaga y de la Escuela Universitaria de Trabajo social de Málaga.*
- *Dra. María Luisa Ruíz Miralles. Enfermera Gestora de Casos Comunitaria. Centro de Salud San Vicente 1. Departamento de Salud de Alicante-Hospital General. Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC).*
- *Joan J. Paredes-Carbonell. Dirección de Atención Primaria. Departamento de Salud de la Ribera (Alzira). FISA-BIO. Grupo PACAP Comunitat Valenciana.*
- *Carmen Belén Benedé. Médico de familia. CS Canal Imperial-San José Sur (Zaragoza). Servicio Aragonés de Salud. Coordinación Estrategia Atención Comunitaria Aragón.*
- *Concha Herranz. CS General Ricardos. Servicio Madrileño de Salud. Delegada Sindical Atención Primaria UGT. Grupo PACAP Madrid.*
- *Javier Segura del Pozo. Médico salubrista. Presidente de la Asociación Madrileña de Salud Pública (AMaSaP).*



AGRADECIMIENTOS

*A Rosa Urbanos Garrido,
que revisó el documento
y contribuyó con paciencia
y criterio a su mejora.*

ÍNDICE

EVALUACIÓN:

INTRODUCCIÓN

| | |
|--|----|
| | 9 |
| dónde estamos..... | 10 |
| - <i>Elogio y refutación de la Atención Primaria.</i> Luis Palomo..... | 13 |
| - <i>La Atención Primaria que necesita la población.</i> Juan Simó..... | 21 |

PROPUESTAS:

| | |
|---|----|
| dónde queremos ir | 31 |
| I. Funciones profesionales AP: Evolución de las funciones del Equipo de Atención Primaria..... | 32 |
| - <i>Coordinación y transdisciplinariedad.</i> Rosa Magallón | 35 |
| - <i>Medicina de familia.</i> Rosa Magallón..... | 39 |
| - <i>Enfermería comunitaria.</i> José Ramón Martínez Riera..... | 45 |
| - <i>Farmacia comunitaria.</i> Vicente Baixauli..... | 49 |
| II. Gestión: Optimización de recursos..... | 54 |
| - <i>Inversión y gestión de recursos humanos.</i> Vicente Ortún .. | 57 |
| III. La salud más allá de la asistencia sanitaria..... | 66 |
| - <i>Salud pública en atención primaria.</i> Andreu Segura/Joan Guix..... | 69 |
| - <i>Atención sociosanitaria.</i> Vicente Gea | 76 |
| - <i>Salud comunitaria.</i> Belén Benedé..... | 85 |
| - <i>Redes.</i> Javier Segura..... | 91 |

CONCLUSIONES

..... 98

INTRODUCCIÓN

No es posible trabajar en atención primaria (AP) y no ser consciente de las múltiples dificultades y desafíos que afronta. Atrapada entre una tarea inmensa, la de ser el primer escalón de atención sanitaria de toda la población, y un modelo de funcionamiento agotado (desprestigio, falta de inversiones, inercia interna, atonía política), se debate entre la supervivencia a toda costa o el progresivo desmantelamiento hacia una suerte de caridad para población sin recursos. No se merecen los ciudadanos ni los profesionales ni uno ni otro destino. Antes bien, debemos considerar los inmensos logros conseguidos por la atención primaria hasta el momento, y definir cómo conseguir mantener (y, si es posible, mejorar) ese impacto.

El título, “El ecosistema de la atención primaria. Una propuesta de reflexión y orientación para su actualización” describe las intenciones del documento. En primer lugar, el objetivo es describir la atención primaria como un entramado complejo, un ecosistema que lejos de ser monolítico o monocolor es extraordinariamente diverso, y que se ramifica para conectar con el resto del sistema sanitario y la comunidad a la que sirve. Por otra parte, el documento es un intento de plantear cuál(es) debe(n) ser el/los horizonte(s) de la atención primaria, tanto en su desempeño interno como en su relación con otros actores. El escenario que vive la atención primaria ha cambiado mucho en los últimos años, y se enfrenta a nuevos desafíos como el cambio climático, el aumento de la desigualdad y la pobreza, o las limitaciones de financiación pública, que se suman a otros ya conocidos como el del envejecimiento y la cronicidad. El reto es formidable, y la actual estructura fragmentada de la atención sanitaria es, probablemente, la primera barrera a superar. Si las páginas que siguen no logran arrojar luz a los problemas de hoy, esperamos al menos que planteen las preguntas adecuadas para contribuir, en la medida de lo posible, a una “refundación” de la atención primaria que le permita servir otros 40 años a los ciudadanos con beneficencia, autonomía y justicia.

Los artículos que componen esta monografía se agrupan en dos bloques: dónde estamos y adónde queremos ir. El texto no pretende presentarse como una guía de tratamiento o de intervención en la atención primaria. Es, en cambio, una aproximación poliédrica, en ocasiones hasta contradictoria, que, a través de diversos autores y experiencias, muestra la complejidad y riqueza propia del primer nivel de atención a la salud. Dichos artículos y sus propuestas reflejan el posicionamiento de sus autores, posicionamiento que no implica el aval de las distintas sociedades científicas que conforman SESPAS.

Rosa Urbanos,
presidenta de SESPAS

Eduardo Satue,
vicepresidente de SESPAS

EVALUACIÓN:
DÓNDE
ESTAMOS



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

*Elogio y refutación
de la Atención Primaria.*
Luis Palomo

*La Atención Primaria
que necesita la población.*
Juan Simó

Los apelativos más frecuentes en la última década sobre la situación de partida de la atención primaria suelen ser de índole negativo: escasez de personal, de medios materiales, desmotivación de los profesionales, subordinación...Todas estas miradas, que pueden ser más o menos reales, no pueden ni deben ocultar la relevancia del trabajo realizado por ella. La AP no es únicamente la puerta del sistema, como lamentablemente se suele decir, reduciendo, intencionadamente o no, su labor a una suerte de portero que dirige a los pacientes adonde “de verdad se les trata”, la sanidad hospitalaria. Bien al contrario, es el cimiento de la atención a la salud del que depende el resto de actuaciones, de manera que, cuanto más se resiente, más afectado queda todo el edificio sanitario.

Por ello, se presentan a continuación dos miradas expertas que señalan las luces y las sombras de lo que hay, sin tapujos, sin medias tintas, mostrando las costuras pero también la necesidad de abordarlas, de resolverlas y, en definitiva, de cuidar la AP como el inmenso activo que ayuda a la población de toda condición a salir adelante.

En el primer artículo, se diagnostica la situación actual de la AP, con sus reformas pendientes de hace años y cuya urgencia la pandemia solo ha venido a poner de manifiesto, si es que alguna duda quedaba. En el segundo artículo, partiendo del mismo diagnóstico, se abordan algunos de sus factores de riesgo más dañinos, como son el descremado sociológico, el hospitalocentrismo y el abuso de la urgencia hospitalaria.

Dos aportaciones complementarias que confiamos desvelen, al menos, el estado de salud de la AP.

ELOGIO Y REFUTACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Luis Palomo

El deterioro continuado y la falta de iniciativas en Atención Primaria han conducido a sus profesionales al pesimismo. Los problemas no han hecho más que agravarse con la pandemia, a pesar de la buena respuesta de los equipos de Atención Primaria. Por su parte, la población mantiene la confianza en los profesionales de la salud y considera que los servicios sanitarios necesitan más inversiones. Esta puede ser, en síntesis, la situación actual, pero, a riesgo de reiterar propuestas y de reescribir palabras gastadas, señalamos algunas ideas que identifican debilidades y fortalezas de la Atención Primaria actual.

La brusca irrupción de la pandemia por el coronavirus SARS-Cov-2, causante de la enfermedad conocida como Covid-19, supuso para los servicios de salud una situación de máxima exigencia. El 14 de marzo de 2020 se declaró en España el Estado de Alarma, instando a un rápido y necesario cambio de la atención sanitaria a la población. En pocos días, la Atención Primaria reformó sus funciones, cambió la organización de los Centros de Salud y alteró su accesibilidad para dar prioridad a la avalancha de casos sospechosos de infección y a la detección de contactos estrechos, sin descuidar la seguridad del resto de pacientes y de los trabajadores de los centros.

En solo dos meses, los profesionales de Atención Primaria realizaron un gran esfuerzo para detectar y seguir tanto los casos comunitarios como los aparecidos en centros residenciales, cumpliendo con la vigilancia epidemiológica y procurando el mínimo impacto sobre los pacientes crónicos. Su trabajo favoreció el abordaje precoz de posibles complicaciones de esta enfermedad y evitó el colapso hospitalario. En un estudio poblacional, casi el 94% de los pacientes diagnosticados de Covid-19 se atendió en Atención Primaria durante la primera ola epidémica; de los enviados al hospital (el 6,2% de casos) necesitaron ingresar el 85 %, lo que refleja el elevado nivel de precisión de los médicos de primaria en la calificación de la gravedad (1). En el total del periodo pandémico hasta el 23 de marzo de 2022, se notificaron a la RENAVE 11.410.843 casos y 511.019 hospitalizaciones, el 4,47% (2).

Bibliografía

1. Jorge Manuel de Nicolás Jiménez, Adriana Martín Morcuende, María Pérez Román, María Teresa Fabregat Domínguez, Luis Palomo Cobos. Epidemiología, clínica y distribución temporal de los casos confirmados y sospechosos de Covid-19 atendidos por un Centro de Salud urbano (Cáceres). Atención Primaria Práctica. 2021. Accesible en: <https://doi.org/10.1016/j.appr.2021.100089>
2. RENAVE. Informe nº 123. Situación de COVID-19 en España a 23 de marzo de 2022. Accesible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/INFORMES%20COVID-19%202022/Informe%20n%C2%BA%20123%20Situaci%C3%B3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%2023%20de%20marzo%20de%202022.pdf>

Este importante esfuerzo y capacidad de adaptación de los profesionales, aun sin contar con los medios diagnósticos suficientes ni con las medidas de protección adecuadas, se pagó con un elevado número de contagiados y de fallecidos (3). El reconocimiento social de tanto esfuerzo tuvo su momento álgido con los aplausos durante la etapa de confinamiento y, de alguna manera, se confirma con las opiniones de la población recogidas en los barómetros del CIS. El 65,3% de los entrevistados que sospechó la infección acudió a Atención Primaria; el 11,0% a urgencias del hospital y el 6,1% a servicios sanitarios privados; al 84% de los que consultaron se les realizó la prueba diagnóstica para coronavirus. Durante la enfermedad, el 65,6% de los afectados fueron atendidos por el médico de familia y el 20,2% por la enfermera; la mayor parte de la atención recibida fue telefónica. El 81,2% calificó la atención como buena o muy buena; el 96,4% consideró que se deben proporcionar más recursos para el sistema sanitario (4).

Sin embargo, hasta ahora, pese a la aparente consideración social y a las promesas de los políticos de reforzar la Atención Primaria, no hay rastro de ese apoyo, y esos políticos caen, si no en una refutación como tal (no se atreven), sí en una contradicción entre lo que dicen y lo que hacen. Por ejemplo, en los presupuestos de las Comunidades Autónomas, entre los años 2010 y 2019, el gasto sanitario en Atención Primaria disminuyó un 0,74% sobre el gasto sanitario público. Entre Comunidades Autónomas (CCAA) hay notables diferencias en el presupuesto dedicado a la Atención Primaria. El presupuesto/ habitante/ año en 2019 fue, en promedio, de 211,01€, oscilando entre 272,48€ de Extremadura y 150,08€ en Madrid; siete de las CCAA estaban situadas por debajo de la media y son llamativos los casos de Madrid y Baleares (174,05€). Unas diferencias tan importantes generan desigualdad tanto en las prestaciones, como, por ejemplo, en la dotación de personal, en accesibilidad (porcentaje de la población que se cita en 48 horas), en el gasto farmacéutico *per cápita* y en el porcentaje de medicamentos genéricos prescritos (5).

Tampoco son suficientes las propuestas de reforma de la Atención Primaria que, sin dotación presupuestaria específica alguna, recoge el Componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia presentado por el Gobierno. La inversión que se destina al componente sanitario es claramente insuficiente: 1.069 millones €, que suponen, según el propio informe, el 1,54% sobre el total del Plan (calculado sobre 70.000 millones€). Las cinco reformas que se plantean: fortalecimiento de la Atención Primaria; reforma del sistema de Salud Pública; consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad; refuerzo de las capacidades profesionales y reducción de la

-
3. Simó J. Recordando a mis compañeros muertos por covid19. Salud, dinero y atención primaria, 1 de junio de 2021. Accesible en: <http://saludinerop.blogspot.com/2021/06/recordando-mis-companeros-muertos-por.html>.
 4. Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro de Diciembre 2021. Accesible en: http://datos.cis.es/pdf/Es3344marMT_A.pdf
 5. FADSP. La Atención Primaria en las Comunidades Autónomas INFORME 2022. Accesible en: <https://fadsp.es/wp-content/uploads/2022/04/Informe-AP2022c.pdf>

temporalidad, y reforma de la regulación de medicamentos y mejora de su acceso, carecen de financiación (6).

Por su parte, el Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud mantiene el modelo de las Mutualidades de funcionarios, que es el mayor factor de inequidad y discriminación dentro de la cobertura sanitaria financiada públicamente.

El análisis de las encuestas europeas de salud muestra cómo 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. Hay 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.

Durante la pandemia por coronavirus se ha comprobado, una vez más, una desigual afectación según clase social (7). Los hispanos y de color tienen mayor porcentaje de hospitalizaciones, mayor tasa de mortalidad y mayor exposición a la pobreza. En general, las personas que trabajan en un sector no esencial están expuestas a un mayor riesgo económico (más probabilidad de perder el trabajo, ya que la posibilidad de teletrabajar es menor para las personas con menor grado de instrucción). La desigualdad económica y del estado de salud puede aumentar entre personas con diferente nivel socioeconómico; por lo tanto, si la Atención Primaria debe contribuir a reducir la pobreza y las desigualdades, necesita herramientas efectivas y prácticas, y evaluar el impacto en salud de las medidas favorecedoras de equidad, como la universalización de la asistencia, la protección sanitaria de la población inmigrante y la integración de 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.

Deficiencias no corregidas y aumentadas por la pandemia

Si bien la reforma de la Atención Primaria dotó a los centros de salud con mejores instrumentos y con una oferta asistencia más amplia y diversificada que antes de la reforma, todavía no

-
6. La FADSP ante el componente 18 (Sistema Nacional de Salud) del Plan de Recuperación. Accesible en: <https://fadsp.es/la-fadsp-ante-el-componente-18-sistema-nacional-de-salud-del-plan-de-recuperacion-2/>
 7. Vall J. Covid 19 y desigualdad según Angus Deaton. Accesible en: <https://nadaesgratis.es/admin/covid-19-y-desigualdad-segun-angus-deaton>

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 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), 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, también en el constante incremento del porcentaje del presupuesto dedicado a la atención hospitalaria, lo que conlleva insuficiencias de la Atención Primaria pública que contribuyen a la desidia y al uso de servicios privados por las clases altas, y por los funcionarios.

La Atención Primaria española fue 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, donde logra el aprecio de la población y el reconocimiento internacional. En la práctica, después de la crisis de 2008 y de la pandemia, 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 (8).

Este modelo de Atención Primaria no ha sufrido modificaciones desde que se creó en 1984. Adolece de insuficientes recursos económicos y laborales para cumplir con sus fines y, en la organización del personal, no hay incentivos dirigidos a generar una actitud positiva y de compromiso con el servicio por parte de sus profesionales. El gasto a este nivel apenas representa el 15% de gasto sanitario total, cuando para equipararse a los promedios europeos debería suponer el 25%. Lo mismo ha ocurrido con el número de médicos y enfermeras, que entre 2004 y 2018 aumentó el doble en hospitales que en Atención Primaria, lo que ha generado un déficit de plantillas que las organizaciones profesionales estiman en 15.500 enfermeras y 5.000 médicos, sólo para hacer frente a la demanda actual, porque la situación tiende a agravarse por la elevada edad media del colectivo y por la previsión de jubilaciones (9).

Aunque, como hemos señalado, antes de la pandemia había desigualdades en la Atención Primaria entre las Comunidades

8. Luis Palomo Cobos, Marciano Sánchez Bayle. La Atención Primaria española: Situación actual y perspectivas cuarenta años después de Alma-Ata. Fundación Alternativas. Documento de trabajo 196/2018. Accesible en: https://www.fundacionalternativas.org/storage/laboratorio_documentos_archivos/50a207f8de958230ee99c3056f3fb811.pdf

9. Minué Lorenzo S, Bravo Toledo R, Simó Miñana J. Lecciones no aprendidas de la pandemia de la COVID-19. Actualización en Medicina de Familia, 2020. Accesible en: <https://amf-semfyc.com/web/article/2717>

Autónomas, otras deficiencias eran comunes, como la falta de personal, la falta de incentivos o la manifiesta desincentivación (precariedad en el empleo); la obsolescencia de equipamientos; las limitaciones de acceso a pruebas; la falta de autonomía en la organización de los centros y la rigidez en la vinculación laboral. Las deficiencias se agudizaron durante la pandemia por el incremento de la demanda sobrevenida por la acumulación de casos de Covid-19 y por el seguimiento de contactos, etc., así como, en algunas Comunidades Autónomas, por la detracción de recursos de Atención Primaria para llevarlos a labores de salud pública, de atención hospitalaria, de rastreos..., hasta llegar a cerrar centros. La acumulación de sucesivos agravios tuvo su respuesta en las manifestaciones espontáneas de la población pidiendo más recursos y recuperar la atención presencial, y de los propios profesionales, expresados tanto en editoriales de prensa como en declaraciones de líderes de las sociedades médicas (10), o en iniciativas espontáneas como “Salvemos la Atención Primaria” (11).

Lo que la Atención Primaria evita la sociedad no lo padece, pero ¿lo percibe?

De la Atención primaria se espera que resuelva las demandas de los pacientes, y lo hace en más del 90% de las ocasiones; sin embargo, a la Atención Primaria se le premia por lo que no se ve, por lo que evita, por lo que no hace: si no deriva, si no pide pruebas y si no receta. En cambio, al hospital se le ensalza por hacer: usar alta tecnología y medicinas caras, salvar vidas, operar mucho y dar muchas altas, realizar trasplantes, etc., lo cual es un mecanismo de incentivación paradójico. Como la sociedad premia la resolución frente a la contención, el tratar y el hacer (el hospital) frente al prevenir y al esperar y ver (Atención Primaria), el glamour y la presencia mediática y el refuerzo político caen de parte del hospital, lo cual contribuye a su mayor prestigio y poder de atracción sobre los médicos en formación.

Una tendencia de cambio en la forma de acceder a la Atención Primaria proviene de los círculos económicos influyentes, que proponen una reestructuración orientada a satisfacer las demandas de la población, clasificando los subgrupos de pacientes predominantes en función de sus necesidades de acceso, del profesional que les atenderá preferentemente y de los recursos adicionales que pueda necesitar.

Otros actores adquirirían presencia: trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, podólogos, fisioterapeutas, psicó-

10. Salvador Tranche pide el desarrollo urgente de un Plan Nacional de Atención Primaria con presupuesto asignado. Accesible en: <https://www.semfyce.es/salvador-tranche-atencion-primaria-observatorio/>

11. Entrevista a líderes del manifiesto “Salvemos la Atención Primaria”. Accesible en: https://fadsp.es/wp-content/uploads/2022/02/4-SALUD2000_161_Entrevistas.pdf

logos, nutricionistas, profesionales de enlace, gestores de casos, conciliadores de prescripción, unidades de crónicos, hospitalización domiciliaria, telemedicina..., con lo que se perdería el control de la continuidad asistencial al paciente por parte del médico y del enfermero de Atención Primaria, y aumentarían la fragmentación asistencial y la compartimentación de los pacientes, la posibilidad de efectos indeseados y el coste global de los servicios. 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.

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 ONGs. 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 (participativa, personalizada, predictiva, preventiva), 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.

Además, en los últimos veinticinco años la Atención Primaria no ha encontrado los cauces reivindicativos adecuados para hacer visible su poder. No hay un mecanismo colegiado que aglutine toda la Atención Primaria y no hay visibilidad académica de sus valores científicos, por carecer de departamentos universitarios. Al conocido descremado sociológico y la desafección de las clases políticas y dirigentes, y a las deficiencias estructurales, se está sumando la deserción de sus profesionales. Tampoco ha ayudado a fortalecer este nivel asistencial la dispersión de sociedades profesionales o el bajo nivel de sindicación de sus profesionales en sindicatos de clase, de manera que han sido movimientos espontáneos, como en su día la

activa “Plataforma 10 minutos” o ahora “Salvemos la Atención Primaria”, las que intentan canalizar el descontento y la combatividad profesional, con resultados desiguales por Comunidades Autónomas a juzgar por la respuesta a las convocatorias de movilización del pasado 27 de marzo de 2022 (12). La contestación ha cristalizado en convocatorias de huelga en la Atención Primaria de varias CCAA a primeros de 2023; en alguna de ellas, como Madrid, donde la situación es especialmente preocupante, con mucha repercusión profesional y social, aunque en la mayoría de CCAA las huelgas se han desconvocado con el acuerdo principal de reducir las agendas de los médicos en torno a 35 pacientes/día. Este y otros objetivos exigen en la práctica unas reformas importantes de la atención primaria, reformas que van más allá de poner un límite formal.

A lo largo de la pandemia otra deficiencia puesta de manifiesto ha sido la mala conexión entre asistencia y salud pública. Son dos caminos que transcurren en paralelo, pero con pocas y farragosas conexiones entre ellos. La labor de rastreo de farmacéuticos y veterinarios ha sido intensa y positiva, y puede ser un estímulo para mejorar una integración efectiva de la salud pública en Atención Primaria. Otro tanto puede decirse del importante papel salubrista que pueden jugar las farmacias comunitarias.

Los cambios constantes de protocolos y normas, así como las deficiencias en los sistemas de información o la falta de operatividad entre los sistemas de información de las Comunidades Autónomas, dificultan la atención sanitaria y hacen dudar de la información epidemiológica, información que, con las herramientas actuales, debería estar disponible de manera discrecional.

De las múltiples reivindicaciones que se expresan en los análisis para reforzar la Atención Primaria, nos gustaría insistir en dos ideas que condensan la mayoría de las mejoras posibles. En lo que se refiere a los valores de la Atención Primaria, impulsar la longitudinalidad es la medida más favorecedora. Y desde el punto de vista de las políticas de salud, invertir en Atención Primaria es rentable.

Una vez más, se ha comprobado que tener el mismo médico de cabecera durante años favorece la longitudinalidad, el valor que mayor influencia tiene en los resultados en salud. La duración de la relación del paciente con el mismo médico de cabecera se asocia significativamente con un menor uso de servicios de urgencias, con menos hospitalizaciones agudas y con una menor mortalidad. Y el efecto de la asociación es “dosis-dependiente”: a más años de relación, mejores resultados (13).

A los encargados de las políticas públicas, se les ha de recordar que hay revisiones que dan argumentos sobre por qué invertir

12. Manifestaciones por la Atención Primaria recorren España para salvar este “pilar básico del sistema público de salud”. Accesible en: <https://www.publico.es/actualidad/manifestaciones-atencion-primaria-recorren-espana-salvar-pilar-basico-sistema-publico-salud.html>

13. Hogne Sandvik, Øystein Hetlevik, Jesper Blinkenberg and Steinar Hunskaar. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice*. 2022; 72 (715): e84e90. DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>

en Atención Primaria, tanto en cobertura poblacional como en financiación, en dotación de personal, en infraestructuras, en sistemas de información y en tecnología, en ayudas a los pacientes y en mejorar la gobernabilidad (14).



14. Clarke L, Anderson M, Anderson R et al. Economic Aspects of Delivering Primary Care Services: An Evidence Synthesis to Inform Policy and Research Priorities. *The Milbank Quarterly*. 2021; 99 (4): 974-1023. DOI: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12536>

LA ATENCIÓN PRIMARIA QUE NECESITA LA POBLACIÓN

Juan Simó

“El hospital ha matado al médico de familia y nadie saldrá ganando con ello”

Maxence Van der Meersch, *Cuerpos y Almas*, 1943

Desde la mirada social, necesitamos una atención primaria que sea utilizada, apreciada y apoyada por la gran mayoría de la población, sin distinción por clase social, nivel educativo o de renta. Sin embargo, nuestra atención primaria sufre un *descremado* sociológico creciente, consistente en que determinados grupos y colectivos socioeconómicos más pudientes, instruidos e influyentes que la media y con derecho de acceso a la atención primaria, disponen, además, de modelos alternativos de atención de provisión privada, mayoritariamente de uso ambulatorio, sin atención primaria y directamente financiados (o incentivados fiscalmente) con dinero público. Esto tiene que ver con los orígenes totalitarios de nuestra sanidad pública, que diseñaron y mantuvieron una auténtica dualización de la misma que todavía persiste actualmente (1).

Deterioro institucional y de la atención primaria

Con estos orígenes y dualización pretendió romper la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986. La norma mandaba integrar en lo que se iba a llamar Sistema Nacional de Salud (SNS) la asistencia sanitaria de todos los ciudadanos cubiertos hasta entonces por los diversos subsistemas de financiación pública existentes. Pero la LGS se incumple desde entonces por la inacción de unas instituciones demasiado sensibles al interés de unas élites influyentes. Por ello, muchos de estos subsistemas, preconstitucionales todos y muchos originados en el franquismo, persistieron hasta fechas demasiado recientes y algunos, como MUFACE, ISFAS y MUGEJU, persisten todavía en la actualidad. No es ninguna casualidad que de entre todos los subsistemas financiados públicamente persistieran aquellos que gozaban de provisión privada (2). La legitimidad de las

Bibliografía

1. Freire JM. La dualización de la sanidad pública española y sus consecuencias. XXX Jornadas de Economía de la Salud. Valencia, 22-25 junio 2010. Disponible en: <https://es.slideshare.net/AsociacionEconomiaSalud/jos-manuel-freire>
2. Simó J. Aseguramiento sanitario público en España, situación actual y tareas pendientes. AMF. 2015; 11: 504-511. Disponible en: <https://amf-semfyc.com/web/article/1470>

instituciones públicas se deteriora cuando son incapaces de hacer individualmente atractivo lo socialmente conveniente (3). La situación actual de debilitamiento de la atención primaria es fruto del abandono por inacción continuada de nuestras instituciones políticas, sanitarias y académicas, que han hecho bien poco en las últimas tres décadas para que nuestra atención primaria sea individualmente más atractiva siendo, como es, socialmente muy conveniente. Pero no sólo ha habido inacción, pasividad o desdén institucional. Cuando las instituciones, en vez del bien común de lo socialmente conveniente, procuran el suyo propio o el de determinados grupos influyentes, su deterioro se agranda y su frontera con la corrupción se difumina. La crítica situación actual de la atención primaria es producto de ese deterioro institucional.

Persistencia de los subsistemas

En el ámbito nacional destacaron, entre otros, subsistemas como el de las Empresas Colaboradoras (1966-2008) y el Mutualismo Administrativo de MUMPAL (1960-1993), MUFACE (1975), ISFAS (1975) y MUGEJU (1978). De todos ellos, persiste el de MUFACE, MUGEJU e ISFAS, con poco más de 2 millones de beneficiarios. En el ámbito autonómico destacaron, entre otros, subsistemas como el de la Asociación de la Prensa de Madrid (1973-2016), o el de los Montepíos de la Administración Pública de Navarra (1973-2015) (3). La persistencia de estos subsistemas no sólo incumple la LGS, también genera problemas de equidad y eficiencia. En primer lugar, produce desigualdades no relacionadas con la necesidad sanitaria en la provisión, estabilidad del aseguramiento, cartera de servicios, copago, acceso y utilización de los servicios sanitarios financiados públicamente. En segundo lugar, favorece la selección de riesgos clínicos (4) o farmacéuticos (5) debido a duplicidades legales o ilegales de cobertura, o a la capacidad que tienen sus beneficiarios para elegir entrar y salir de estos subsistemas para cambiarse al SNS o regresar de nuevo a ellos, en cualquier momento y a conveniencia. Otra consecuencia de la persistencia de estos subsistemas es su contribución a la dualización sanitaria y, en especial, al *descremado* sociológico de la atención primaria.

Descremado sociológico y sus tres fuentes

En efecto, estos subsistemas suponen una asistencia sanitaria de provisión privada financiada públicamente, pero sin atención primaria. Accedieron a ellos, y todavía acceden, sectores

3. Ortún V. Lo socialmente conveniente debe ser atractivo individualmente. El Periódico, 28-1-2014. Disponible en: <https://www.upf.edu/documents/2984046/2986000/xValor28En14Esp.pdf/acfc7616-bfbf-46cd-9dc3-c10858079c86>
4. Pellisé L. Regulación de competencia en el mercado de seguros sanitarios español: Capitalización y selección de riesgos en MUFACE, Política y Gestión Sanitaria: La Agenda Explícita, Asociación de la Economía de la Salud, ed. R. Meneu and V. Ortún (1996). Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1oewH161fDCJjavLBmUDYsH-go-BS66-BW/view>
5. Simó J. Copago en farmacia de receta en la sanidad pública española: certezas, riesgos y selección de riesgos. Aten Primaria. 2015; 47:669-673. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-copago-farmacia-receta-sanidad-publica-S0212656715002504>

sociales relativamente privilegiados, con mayor nivel educativo, de renta, y con mayor peso e influencia política y mediática. Sectores que no se han sentido nunca concernidos por los problemas de la atención primaria, sencillamente porque la misma nunca figuró en el esquema asistencial de dichos subsistemas, cuyos beneficiarios consultan directamente a la medicina especializada privada cuando y cuanto estiman conveniente, en un contexto de pago por acto con cargo al erario público. La persistencia de estos subsistemas es una de las fuentes del *descremado* sociológico de la atención primaria. Las otras dos son la incentivación fiscal del seguro médico privado y la financiación pública de seguros médicos privados a miembros de instituciones, empresas u organismos públicos (6).

Desde hace décadas se mantiene el incentivo fiscal a la compra de seguros de salud privados con un coste fiscal que ya supera los mil millones de euros anuales (7). El resultado es que casi 13 millones de españoles contaban en 2020 con alguno de estos seguros (8), más frecuentemente adquiridos por clases medias y altas que, como consecuencia, son las más beneficiadas por el incentivo. Y, según declaran (9), los compran para esquivar las esperas de la parte ambulatoria del sistema y sor-tear al médico de familia al que perciben como un obstáculo al acceso a los especialistas (Figura 1). Los datos de la encuesta de salud muestran que son de clase media-baja el 70% de quienes sólo tienen la sanidad del SNS, de clase media-alta el 87% de los mutualistas y el 68% de quienes disfrutan de un seguro médico privado. Estos dos últimos grupos consultan menos al médico de familia, pero más al especialista, que quienes sólo

Figura 1. Enunciado y respuestas a la Pregunta 5A del Barómetro Sanitario 2018. Resultados totales. Ministerio de Sanidad.

| SÓLO A QUIENES SON BENEFICIARIOS DE LA SANIDAD PÚBLICA Y DE UN SEGURO MÉDICO PRIVADO, O DE UNA MUTUALIDAD DEL ESTADO CON ATENCIÓN POR LA SANIDAD PÚBLICA Y DE UN SEGURO MÉDICO PRIVADO, O DE UNA MUTUALIDAD DEL ESTADO CON ATENCIÓN POR LA SANIDAD PRIVADA Y UN SEGURO MÉDICO PRIVADO (1 y 4 o 2 y 4 o 3 y 4 en P5) (N=955) | |
|---|-------|
| Pregunta 5A | |
| ¿Y cuáles son las dos principales razones por las que ha contratado Ud. (o alguien de su familia) un seguro privado, teniendo ya un seguro público? (MÁXIMO DOS RESPUESTAS). | |
| Porque atienden con más rapidez que en la pública | 77,9 |
| Porque atienden mejor que en la pública | 15,1 |
| Porque necesita algún servicio o atención que no está incluido en los servicios públicos (por ejemplo, atención dental) | 15,4 |
| Porque ofrece mejores servicios de hostelería en caso de ingreso (por ejemplo, poder estar en una habitación individual, mejor calidad de la comida, etc.) | 6,3 |
| Porque buscaba una mejor atención durante el embarazo y el parto | 5,2 |
| Porque se puede ir a el/a la especialista directamente sin consultar con el/la médico/a de cabecera | 37,3 |
| Por motivos de trabajo o porque es autónomo/a o cooperativista | 3,4 |
| Le/la aseguraron los padres o familiares | 3,5 |
| Por deficiencias en el funcionamiento de la sanidad pública | 2,1 |
| Otra respuesta | 4,1 |
| Ninguna más | 0,3 |
| N.S. | 0,9 |
| N.C. | 0,5 |
| (N) | (955) |

- Simó J. El descremado sociológico de la atención primaria española. EL MÉDICO. 2017; 1179: 14-19. Disponible en: <https://elmedicointeractivo.com/descremado-sociologico-atencion-primaria-espanola-20170208151650110293/>
- García C. Incentivo fiscal por comprar seguros médicos privados. Blog Salud, Dinero y Atención Primaria. 11-12-2016. Disponible en: <http://saludine-roap.blogspot.com/2016/12/incentivo-fiscal-por-comprar-seguros.html>
- Informe Estamos Seguros 2020. Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras. UNESPA. Disponible en: https://unespa-web.s3.amazonaws.com/main-files/uploads/2021/06/IES2020_-paginas-individuales.pdf
- Barómetro Sanitario 2018. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2018/BS2018_mar.pdf

tienen la sanidad del SNS, pese a ser más jóvenes, sanos, ilustrados y ricos (10). También desde hace muchos años utilizamos parte del presupuesto público para, literalmente, regalar seguros médicos privados a miembros o empleados (y familiares) de instituciones, empresas u organismos públicos (Banco de España, Televisión Española, Ayuntamientos, Cabildos, Diputaciones, Parlamentos Autonómicos, etc.) pese a estar cubiertos todos ellos por el SNS y su atención primaria (11). De hecho, quienes deciden sobre la atención primaria son, precisamente, quienes menos la utilizan (1) (12).

El *descremado* priva a la atención primaria del potente estímulo a la mejora del servicio que ejercen los ciudadanos más exigentes, informados e influyentes. Piénsese, por ejemplo, en la tipología del colectivo mutualista: jueces, secretarios judiciales, profesores de todos los niveles educativos, investigadores, altos cargos de la administración central, mandos de cuerpos y fuerzas de la seguridad del Estado, oficiales de las fuerzas armadas, inspectores de trabajo y de hacienda, diplomáticos, etc. Como vemos, los sectores sociales más influyentes sobre la opinión y el poder públicos tienen una vía de escape de provisión privada, directamente pagada o subvencionada fiscalmente, como alternativa a los centros de salud. Este *descremado*, consentido y potenciado por las instituciones, regado siempre con dinero público, es la causa principal del progresivo deterioro y debilitamiento de la atención primaria en España por puro desinterés. Por muy grandilocuentes palabras que los políticos pronuncien sobre la atención primaria, la jibarización relativa de su presupuesto no es más que el reflejo de dicho desinterés secundario al *descremado*. Debido a este *descremado*, la atención primaria ha ido perdiendo poco a poco el apoyo social y el político, lo que se ha traducido en una inveterada menor financiación, en comparación con el hospital, empeorada desde la crisis de 2008. Las consecuencias: una atención primaria cada vez más debilitada y un creciente hospitalocentrismo en el SNS.

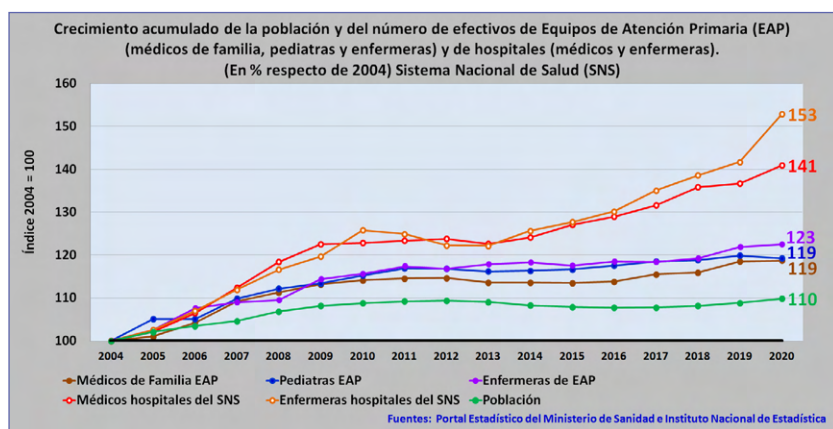
-
10. Simó J. Últimas cifras del descremado sociológico de la atención primaria española. EL MÉDICO. 2017; 1180: 8-15. Disponible en: <https://elmedicointeractivo.com/ultimas-cifras-descremado-sociologico-atencion-primaria-espanola-20170324160320111008/>
 11. Simó J. Regalías sanitarias: la oscura fuente de dualización. Blog Salud, Dinero y Atención Primaria. 3-3-2018. Disponible en: <https://saludinerop.blogspot.com/2018/03/regalias-sanitarias-la-oscura-fuente-de.html>
 12. Un gobierno de funcionarios. Revista Muface. 2012. n.º 221.

Hospitalocentrismo del sistema

El principal indicador del creciente mayor peso del hospital en el sistema en detrimento de la atención primaria es la evolución de sus respectivos presupuestos. Prácticamente desde el inicio de la reforma, el presupuesto hospitalario ha crecido siempre más que el presupuesto de atención primaria, incluido el gasto de personal. La diferencia se mantuvo y aumentó paulatinamente durante años y se amplió muchísimo con la crisis de 2008 cuando los recortes, incluidos los recortes en

personal, afectaron más a la atención primaria que al hospital (13). Tras los recortes, cuando en 2014 creció de nuevo el gasto sanitario público, volvió a crecer más el gasto hospitalario que el de atención primaria, incluido el gasto de personal. La figura 2 muestra el crecimiento desde 2004 hasta 2020 de la población y del número de efectivos de personal médico y enfermero vinculado en los hospitales del SNS y en los Equipos de Atención Primaria (EAP). Los datos de población proceden del INE (14) y los relativos al número de efectivos se encuentran en el Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad (15). Respecto de 2004, el personal médico y de enfermería ha crecido en 2020 más del doble en los hospitales que en los EAP. La diferencia aumenta considerablemente a partir de 2014 cuando, tras los recortes, creció de nuevo el gasto sanitario público con una notable mayor contratación de personal hospitalario, mientras que el personal en los EAP apenas crecía o, incluso, disminuía ligeramente, como ocurrió entre 2013 y 2016 con el número de médicos de familia de EAP.

Figura 2. Crecimiento acumulado de la población y del número de efectivos de Equipos de Atención Primaria (EAP) (médicos de familia, pediatras y enfermeras) y de hospitales (médicos y enfermeras).
(En % respecto de 2004) Sistema Nacional de Salud (SNS)

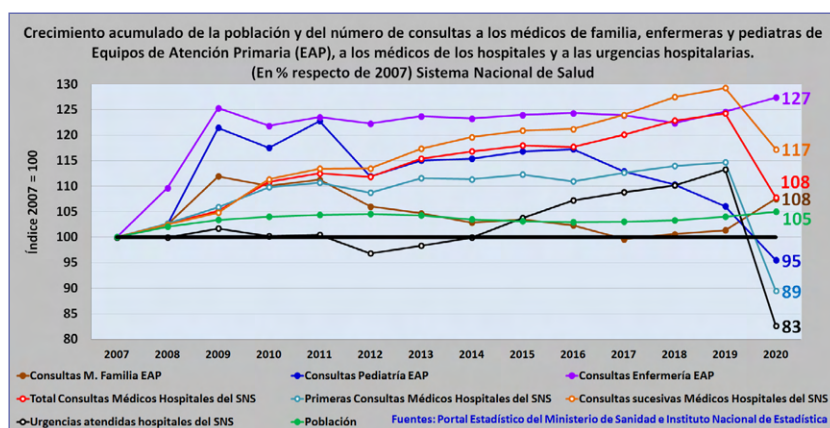


La figura 3 muestra el incremento, entre 2007 y 2020, de la población y del número de consultas a las urgencias hospitalarias, a los médicos de familia y enfermeras de los EAP y a los médicos de los hospitales del SNS. Los datos de población proceden del INE (14) y los de consultas del Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad (15). Las consultas a los médicos de familia y al personal de enfermería de los EAP y las primeras consultas a los médicos hospitalarios (aquellas que dependen principalmente de las derivaciones efectuadas por los primeros) permanecen prácticamente estables desde 2010 mientras que el número de consultas sucesivas a los médicos hospitalarios (aquellas que se generan a sí mismos dichos profesionales) son

13. Simó J. La serpiente persiste porque el descremado se mantiene. Blog Salud, Dinero y Atención Primaria. 20-6-2021. Disponible en: <https://saludinerop.blogspot.com/2021/06/la-serpiente-persiste-porque-el.html>
14. Principales series de población desde 1998. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p08/&file=02002.px&L=0>
15. Portal Estadístico. Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://estadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/comun/DefaultPublico>

las que más crecen hasta 2019. Sin embargo, en 2020 (primer año pandémico) las consultas a los médicos de familia y al personal de enfermería de los centros de salud son las únicas que crecen cuando las demás se hunden, lo que da cuenta del incremento de la presión asistencial producida por la pandemia en la atención primaria. Resultados concordantes con los del Barómetro del CIS de diciembre de 2021 donde se muestra que, a lo largo de la pandemia, el 58% de las personas con síntomas de coronavirus acudió a su médico de familia, el 7% al servicio de urgencias de atención primaria y sólo el 11% lo hizo a las urgencias del hospital (16).

Figura 3. Crecimiento acumulado de la población y del número de consultas a los médicos de familia, enfermeras y pediatras de Equipos de Atención Primaria (EAP), a los médicos de los hospitales y a las urgencias hospitalarias. (En % respecto de 2007) Sistema Nacional de Salud (SNS)



Cronicólogos, unidólogos y “la otra” atención primaria

El hospitalocentrismo no sólo se deduce, como se ha visto, de la evolución de los presupuestos y la dotación de personal en cada nivel asistencial. El cortoplacista e irreflexivo atolondramiento gestor conduce al SNS hacia un auténtico *Trastorno por Déficit de Atención (Primaria) con Hiperactividad (Hospitalaria)*. Y en este imprudente camino, se pasan por alto hechos tan arraigados en el tiempo y en la cultura del sistema que su existencia nos parece normal, casi natural. Valgan tres ejemplos: 1) la inmensa mayoría de las hospitalizaciones se producen a través de las urgencias hospitalarias, 2) el número de médicos de urgencias hospitalarias se ha duplicado en los últimos 16 años cuando la población sólo ha aumentado un 10% y 3) la proliferación de unidades de crónicos y de cual-

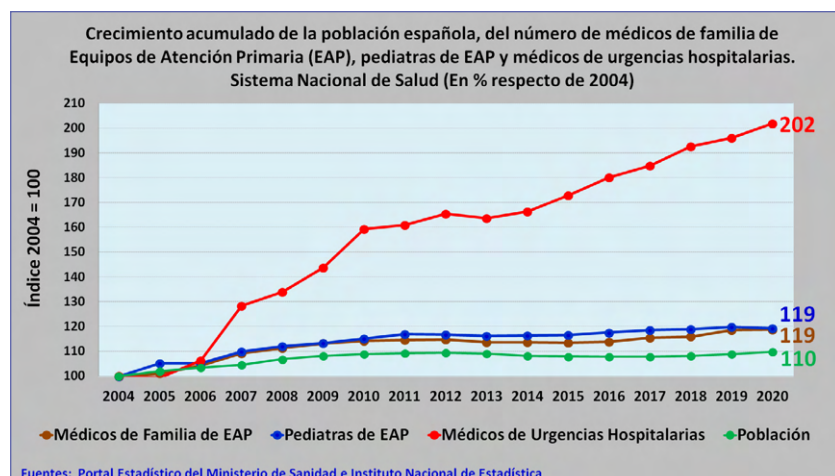
16. Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro de diciembre 2021. Avance de resultados. Estudio nº 3344. Diciembre 2021. Disponible en: http://datos.cis.es/pdf/Es3344marM-T_A.pdf

quier cosa, que fragmentan una atención clínica que pierde integralidad a borbotones.

La inmensa mayoría de los pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna lo hacen a través de las urgencias hospitalarias y son mayores pluripatológicos cuyo motivo de ingreso más frecuente es la descompensación de alguna de sus enfermedades (17). ¿Qué le ofrece el sistema al médico de familia para que pueda ingresar a este tipo de pacientes? Pues exactamente lo mismo que le ofrece al propio paciente: recurrir a las urgencias hospitalarias. Todo se decide allí, en esa “otra” atención primaria (18) en la que se ha convertido la urgencia hospitalaria, auténtico eje del sistema a la vista del crecimiento de su dotación de personal (14,15) (figura 4). El 16% de los ingresos urgentes en los hospitales del National Health Service (NHS) en Inglaterra son ordenados por sus propios General Practitioners (GPs) directamente a planta del hospital sin pasar por las urgencias hospitalarias (19). El NHS confía en la adecuación de estos ingresos indicados por sus GPs. ¿Por qué no ocurre esto en nuestro SNS?

El SNS desconfía del médico de familia, diseñando una “estrategia de crónicos” con un sinfín de pantallas y centenares de *clícs* a cumplimentar por ese médico de familia para que un colega hospitalario (que no conoce para nada a ese paciente mayor, frágil y descompensado) otorgue en la distancia el visto bueno para su ingreso. Esa misma desconfianza, cuando no otros intereses menos confesables, es la que conduce a la creación continua de unidades hospitalarias de cualquier cosa: lípidos, osteoporosis, diabetes, fibromialgia, etc. Si el SNS confiara en sus médicos de familia, como el NHS en sus GPs, les otorgaría la capacidad de ingresar directamente al paciente en planta sin paso previo por las urgencias hospitalarias y, por supues-

Figura 4. Crecimiento acumulado de la población, del número médicos de familia de Equipos de Atención Primaria (EAP), pediatras de EAP y de médicos de urgencias hospitalarias. (En % respecto de 2004) Sistema Nacional de Salud (SNS)



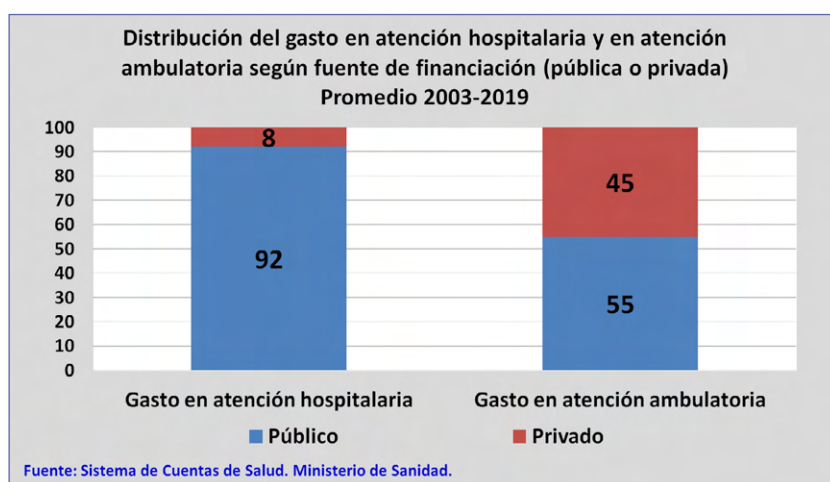
17. Barba Martín R, Marco Martínez J, Emilio Losa J, Canora Lebrato J, Plaza Canteli S, Zapatero Gaviaría A. Análisis de 2 años de actividad de Medicina Interna en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Rev Clin Esp. 2009; 209 (10): 459-466. Disponible en: <http://www.revclinesp.es/es/analisis-2-anos-actividad-medicina/articulo/S001425650972630X/>
18. Simó J. La “otra” atención primaria explota demográficamente. Blog Salud Dinero y Atención Primaria. Disponible en: <http://saludineroap.blogspot.com.es/2016/06/la-otra-atencion-primaria-explota.html>
19. Morse A. Emergency admissions to hospital: managing the demand. Norwich: National Audit Office, 2013. Disponible en: <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2013/10/10288-001-Emergency-admissions.pdf>

to, no consentiría la proliferación de “unidades hospitalarias” de cualquier cosa que fragmentan de modo creciente una atención que debería ser integral y a cargo de una atención primaria potenciada, dignificada y respetada. En eso consiste el progreso y la modernización del sistema. Lo demás, es más de lo mismo y más deterioro institucional.

Mayor universalidad efectiva del hospital público que de la atención primaria

Según los datos oficiales (20), en el promedio de 2003-2019 es privado sólo el 8% del gasto sanitario hospitalario en España, mientras que es privado el 45% del gasto en atención ambulatoria (que incluye la atención primaria) (Figura 5). Esto claramente indica que el hospital público es universal en la teoría y en la práctica, efectivamente universal, aceptado y utilizado por todas las clases sociales. Algo que no le pasa a la atención primaria, que ya se ha convertido en una especie de beneficencia ampliada evitada por casi todo el que puede. Pero el *descremado* sociológico de la atención primaria puede contagiarse al hospital. Existen indicios de que esto estaría empezando cuando vemos que quienes disponen de seguro médico privado manifiestan, en el último Barómetro Sanitario de 2019, su preferencia por utilizar su seguro ante una intervención de cadera, de hernia inguinal o de vesícula antes que el hospital público (21).

Figura 5. Distribución del gasto en atención hospitalaria y en atención ambulatoria, según fuente de financiación (pública o privada). Promedio 2003-2019.



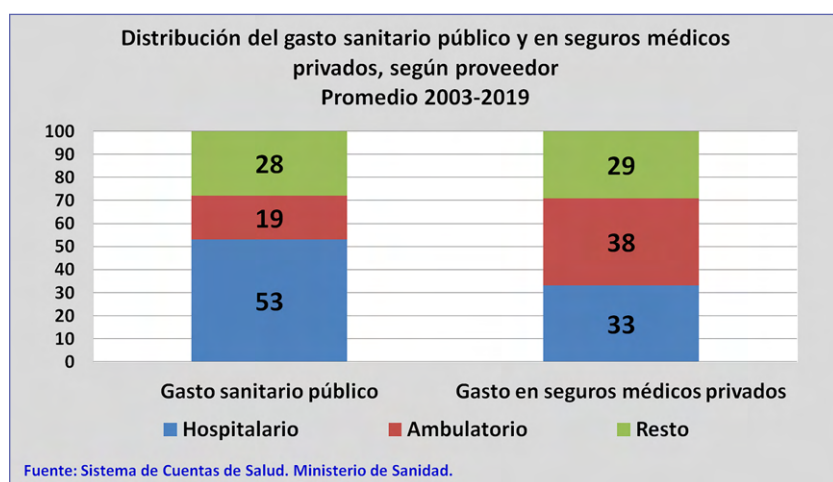
20. Ministerio de Sanidad. Sistema de Cuentas en Salud (SCS). Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/SCS.htm>

21. Barómetro Sanitario 2019. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2019/Resultados_Totales.pdf

Seguros de salud privados: más gasto ambulatorio que hospitalario

Según los datos oficiales (20), en el promedio de 2003-2019, es hospitalario el 53% del gasto sanitario público y ambulatorio el 19% del mismo. Sin embargo, es hospitalario el 33% del gasto en seguros privados de salud y ambulatorio el 38% (Figura 6). Esto da cuenta de que la complejidad de la patología por la que se consulta en el ámbito de estos seguros es mucho menor que la atendida en la sanidad pública y de predominancia ambulatoria.

Figura 6. Distribución del gasto sanitario público y en seguros médicos privados, según proveedor. Promedio 2003-2019.



Epílogo

Los datos confirman el debilitamiento de la atención primaria y su menor universalidad efectiva en comparación con el hospital público. Y una atención primaria tan débil no puede contrarrestar correctamente la ley de cuidados inversos (22) ni los efectos de una medicina de excesos (sobrediagnóstico, sobretatamiento, cascadas iatrogénicas, etc.) cada vez más prevalente en un sistema hospitalocéntrico donde crece la fragmentación asistencial. El *descremado* sociológico de la atención primaria, fomentado y mantenido institucionalmente con dinero público, es el responsable de que los centros de salud no dispongan de uno de los estímulos más potentes de mejora y empoderamiento: la capacidad de influir de los más influyentes. La atención primaria, por tanto, va camino de convertirse en una atención primaria para pobres y, por tanto, en una pobre atención primaria. Las mismas instituciones nos aver-

22. The Inverse Care Law. Tudor Hart J. The Lancet. 1971; 297 (7696): 405-412. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067367192410X>

güenzan de ser uno de los dos países europeos que a estas alturas del siglo XXI no dispone de ningún departamento universitario de medicina de familia o de atención primaria (23). Pese a ello, los estudiantes de medicina valoran mucho sus prácticas en los centros de salud, más incluso que las que realizan en el hospital (24), pero al elegir especialidad prefieren el hospital al centro de salud (25). Urgen medidas institucionales que miren por el bien común y no por el de privilegiados colectivos. Las instituciones políticas, académicas y sanitarias deben establecer medidas que hagan individualmente atractiva la atención primaria, no sólo para los ciudadanos, también para los profesionales, pues socialmente ha mostrado sobradamente su conveniencia en términos de equidad, resultados en salud y en eficiencia para el sistema y la población, lo que le ha valido una muy alta valoración en la investigación internacional comparada en servicios de salud en Europa (26). Nuestra atención primaria necesita con urgencia inversión multimillonaria (en tecnología, en ladrillo y en personal), rediseño del modelo, introducción de nuevos perfiles profesionales, cambios de actitud frente a la misma, respeto a sus atributos nucleares (especialmente la longitudinalidad) y, sobre todo, mayor autonomía de sus profesionales con rendición de cuentas (27). La atención primaria ha de ser para todos o nunca será.

23. Casado V. La medicina familiar y comunitaria y la universidad. Informe SEESPAS 2012. Gac Sanit.2012;26(S):69-75. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-la-medicina-familiar-comunitaria-universidad--articulo-S021391111002767>
24. Rodríguez MC, Díez N, Alegre M, Arbea L et al. Valoración de tutores clínicos y estudiantes de medicina respecto a las rotaciones en centros de atención primaria y hospitales. Aten Primaria. 2016; 48: 210-2012. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-valoracion-tutores-clinicos-estudiantes-medicina-S0212656715002103>
25. No quiero ser médico de familia. El País. 7-6-2010. Disponible en: https://elpais.com/diario/2010/06/07/sociedad/1275861601_850215.html
26. Kringos D, Boerma W, Hutchinson A, Saltman R. Building primary care in a changing Europe. World Health Organization. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154350/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf;jsessionid=5467050CA-26256F6F3BC6911F920F9F3?sequence=1>
27. Minué S, Bravo R, Simó J. Lecciones no aprendidas de la pandemia de la COVID-19. AMF 2020; 16 (7):384-393. Disponible en: <https://amf-semfyc.com/web/article/2717>



PROPUESTAS: DÓNDE QUEREMOS IR

Mover una montaña es una tarea titánica, si no imposible. Esa puede ser la sensación a la hora de tratar de transformar el sistema sanitario, que no solo la AP, en un modelo más eficiente y humano. Pero la experiencia de los años 80-90 donde se diseñó, desarrolló y extendió un modelo universal de sanidad es prueba de que es posible. Se trata de saber a dónde queremos ir. El cómo es el reto del día a día, tanto de administraciones y profesionales como de los mismos pacientes y la sociedad. La otra opción es la vigente, poner parches, apuntalar y esperar contra todo pronóstico que el edificio no se caiga, que aguante un poco más.

A dónde queremos ir en AP implica, al menos, evaluar tres dimensiones diferentes. En primer lugar, cómo deben organizarse sus profesionales, el así llamado Equipo de Atención Primaria (EAP). En segundo lugar, la gestión óptima de los siempre escasos recursos existentes. Y finalmente, las relaciones de los profesionales de AP entre sí, y entre la AP y el resto del sistema sanitario.

I. FUNCIONES PROFESIONALES: EVOLUCIÓN DE LAS FUNCIONES DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

*Coordinación y
transdisciplinariedad.*
Rosa Magallón

Medicina de familia.
Rosa Magallón

Enfermería comunitaria.
José Ramón Martínez Riera

Farmacia comunitaria.
Vicente Baixauli

El diagnóstico, el tratamiento y los cuidados del paciente son el núcleo de la actividad diaria en AP y la razón de su existencia. Lógicamente, cómo se repartan estas funciones entre los diferentes profesionales es esencial para lograr una atención eficiente y optimizada: fomentar complementariedad en vez de duplicidad, priorizar tareas en cada colectivo en vez de despilfarrar recursos en tareas prescindibles, y evolucionar hacia la coordinación multidisciplinar apoyándose en los nuevos conocimientos, técnicas y tecnologías en vez de anquilosarse deberían ser los principios que rigieran las relaciones entre ellos. Todos sabemos que no es fácil, que las susceptibilidades, el agotamiento, la falta de recursos, la opacidad de la dirección institucional, la inseguridad laboral y más a menudo de lo deseable el ego de demasiados, lastra, estos principios. Pero aquí van algunas propuestas de profesionales que buscan ir más allá de donde están y tratan de guiarse por esos principios, tanto en la coordinación del EAP como en cada uno de los desarrollos de las tres principales profesiones sanitarias, aunque sólo sea por el número absoluto disponible, que trabajan en la AP: la enfermería comunitaria, la farmacia comunitaria, y la medicina de familia.



LA COORDINACIÓN DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Rosa Magallón Botaya

Cuando se definió inicialmente la composición de los equipos de atención primaria, en el histórico RD 137/84 de Estructuras Básicas de Salud, se dedicó el artículo 4 al papel que debía de tomar el Coordinador Médico (1). Dependiendo de la Comunidad Autónoma, el líder de un centro de salud se denomina coordinador o director. En dicho artículo, se dicta que *“el personal del Equipo de Atención Primaria dependerá funcionalmente de un Coordinador Médico, el cual, sin perjuicio de desempeñar sus propias actividades, realizará las actividades específicas propias de su cargo, entre las cuales figurarán las de relación con los demás Servicios e Instituciones sanitarias y con la población. El nombramiento recaerá sobre uno de los componentes del Equipo de Atención Primaria”*. A su vez, define el atributo esencial, dado por el nombre: *“el coordinador armonizará los criterios organizativos del conjunto de profesionales, sanitarios y no sanitarios, que componen el equipo”*.

Han pasado muchos años desde esta norma que, tras las transferencias sanitarias, ha ido incorporándose con alguna leve modificación a las distintas normativas de las comunidades autónomas. La situación en conjunto ha cambiado poco, y lo ha hecho fundamentalmente para responder a las demandas y necesidades cambiantes de la sociedad (envejecimiento de la población, aumento de patologías crónicas) y a los cambios demográficos (aumento de profesionales en el medio urbano y despoblación rural) (2). Hay que reseñar la diversidad de los equipos de salud, en función de factores demográficos y geográficos, fundamentalmente. Desde pequeños consultorios locales adheridos, junto con otros consultorios rurales, a centros de salud en las cabeceras de comarca, hasta centros de salud en grandes ciudades que pueden acercarse en dimensión y complejidad a pequeños hospitales. El número de profesionales a coordinar varía en consecuencia, y por tanto la complejidad de la tarea y los recursos necesarios para acometerla. Tiene este hecho una cierta similitud con el tamaño y composición de los diferentes servicios hospitalarios, que también están compuestos por un importante número de facultativos y

Bibliografía

1. Real Decreto 137/84 de Estructuras básicas de salud. Disponible en <https://www.boe.es/buscador/pdf/1984/BOE-A-1984-2574-consolidado.pdf>
2. Cabrera de León et al. Manual de Medicina Familiar y Comunitaria. Ed Panamericana 2022.

enfermeras, además de otros profesionales auxiliares (administrativos, técnicos, otras profesiones...).

Las funciones y organización de un equipo de atención primaria y de un servicio hospitalario irán dirigidas hacia el objetivo de atender, cuidar y tratar a los pacientes y personas bajo su auspicio. La gestión sanitaria se define como la organización y administración de los recursos para la atención sanitaria. Por tanto, las funciones de los directores/gestores de equipos de profesionales será el liderazgo y la coordinación de todos los recursos humanos y materiales a su cargo, con la finalidad de dar la mejor atención posible al paciente. Las tareas de un Coordinador Médico de un Centro de Salud no difieren en exceso de las de una Jefatura de Servicio, con algunos matices; estas son algunas de las funciones principales (3):

- Organizar los horarios y agendas asistenciales médicas.
- Coordinar y supervisar la actividad del resto de profesionales: enfermería, admisión, etc.
- Formar parte del Consejo de Salud de la zona. Recibir a los integrantes de la comunidad a la que se atiende.
- Coordinarse con la Dirección de Atención Primaria y la Gerencia.
- Responder las reclamaciones, canalizar las incidencias, resolver las cuestiones que van surgiendo en el día a día.
- Realizar el plan de necesidades, negociar el contrato-programa, realizar las memorias anuales del centro.
- Ser el representante de la Dirección del Servicio de Salud ante el equipo de salud.

Sin embargo, la labor de coordinador del EAP adolece de varios problemas que un jefe de servicio a priori no padece y que repercuten en el buen desempeño de esta labor y, al menos en parte, en la dificultad cada vez mayor para encontrar profesionales que estén dispuestos a sumir estas tareas. Con carácter general, es posible encontrar las siguientes diferencias relevantes:

- a) Visibilidad: las jefaturas de un servicio hospitalario son convocadas en convocatoria pública, mediante concurso de méritos más defensa de una memoria, a la que pueden optar los facultativos que deseen y tengan los méritos acreedores suficientes. Una vez obtenido el puesto, se publica en el Boletín Oficial, con la visibilidad y el rigor que ello implica.
- b) Dedicación: tienen una liberación asistencial reconocida de una proporción suficiente para poder llevar a cabo las tareas propias de la Jefatura dentro de la jornada laboral.

3. Martín-Zurro A. Atención Primaria. Principios, organizativos y métodos en Medicina de Familia. Ed Elsevier. 2014. 7ª edición.

- c) Apoyo organizativo: se ayudan, en su tarea de gestión y coordinación, de todo el Servicio, de responsables de las profesiones no facultativas que componen todo el equipo, siempre bajo su batuta y dirección. A su vez, los Jefes de Servicio suelen tener contacto directo con los Gerentes de Área, Sector, Hospital, para los problemas habituales de cierta relevancia que puedan surgir en la gestión diaria. Por el contrario, es difícil encontrar una Comunidad Autónoma con Gerentes de Atención Primaria.
- d) Retribución: se adquiere el derecho a un complemento retributivo por esta tarea. Se consigue así que las Jefaturas de Servicio hospitalario tengan un merecido reconocimiento económico, además de científico, social y de gestión.

Vista la similitud en composición, objetivos y funciones entre un equipo de atención primaria y un servicio hospitalario, sería recomendable normalizar y equiparar las situaciones, inclinando la balanza hacia aquellas que se muestran más favorables a su fin, que en este caso es la buena gestión de los equipos a los que se coordina.

Así pues, se proponen una serie de cuestiones para la mejora:

- El liderazgo de un equipo debe de ser desarrollado por aquellos profesionales con más responsabilidad y cualificación en el fin para que el equipo trabaja: el paciente, su diagnóstico, su tratamiento, la coordinación de su atención, su acompañamiento, la toma de decisiones compartida. Para ello:
 - A la hora de considerar la idoneidad de un profesional para la gestión, se debería de incluir la valoración de su capacidad para desarrollar indicadores de calidad de prestación y gestión de los servicios/centros que pretenden dirigir.
 - Este requisito debería ser imprescindible a todos los niveles de gestión: desde el nivel macro de alta dirección, hasta el nivel meso de cargos directivos intermedios como el que nos ocupa, y el micro a nivel de la autogestión de la propia actividad profesional.
 - Entre estos indicadores se deberían valorar fundamentalmente los indicadores de calidad asistenciales de los profesionales a su cargo, pero también el consenso y participación de los directores de los centros de salud en el contrato programa, un tema que permanece en la inercia desde hace años, siendo visualizado por los profesionales como un mero trámite burocrático. Debería de revisarse esta forma de contrato unidireccional en la que los equipos poco a nada tienen que decir.

- Es necesario equiparar las condiciones de los Coordinadores de los Equipos de Atención Primaria a las Jefaturas de Servicio. La complejidad y responsabilidad en su gestión es muy similar y no hay argumentos que justifiquen estas diferencias. Esto debería incluir:
 - Un concurso oposición para que sea elegido el facultativo más preparado para ello. Y un reconocimiento oficial en la misma medida.
 - La equiparación en los complementos retributivos, que en estos momentos es de aproximadamente la mitad en el caso de la Atención primaria.
 - La dedicación horaria normalizada para poder desarrollar las tareas propias dentro del horario laboral.
 - El contacto directo con el Gerente (a ser posible específico de atención primaria) en la misma proporción y accesibilidad que ocurre con las jefaturas de servicio.
 - El reconocimiento de la autoridad, siempre basada en el consenso, dentro del equipo, que evite la fragmentación de la dirección. Todo el equipo coordinado bajo la misma batuta.
- Por último, se precisarían modelos de resolución de conflictos, gestión de la comunicación y coordinación con el consejo de salud de la zona, el asociacionismo vecinal, la administración local, etc. Aspectos muy relevantes dado el carácter comunitario del centro de salud y no siempre tenidos en cuenta.



MEDICINA DE FAMILIA Y DE COMUNIDAD

Rosa Magallón

En líneas generales, el desarrollo conceptual y filosófico de la Medicina Familiar proviene directamente de la escuela de Cos (Hipócrates) (1). El Siglo XIX fue la era de la medicina general, mientras que el final de ese siglo y las primeras cinco décadas del siglo XX fueron la era de la especialización. Su aparición genera profundización, pero también parcelación del conocimiento, básicamente en sistemas, aparatos y órganos. La disciplina académica y la especialidad de Medicina Familiar surgen con fuerza en la segunda mitad del siglo XX (2).

En España, la creación de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, englobada en los inicios del sistema MIR, fue una apuesta clara por la consolidación en nuestro país de una Atención Primaria fuerte, dentro de un Servicio Nacional de Salud y bajo la recomendación general de la OMS dictada en 1978 en la famosa conferencia de Alma Ata (3). Fueron años convulsos e intensos, los iniciados en la década de los 70-80 del siglo pasado, con todo por hacer: la creación del Ministerio de Sanidad en 1977, de la Comisión Nacional de la Especialidad en 1978, la creación del sistema MIR, la Ley General de Sanidad, el Decreto de Estructuras básicas de Salud de 1984, las primeras transferencias de la gestión de la sanidad a las comunidades autónomas, etc. (4). Un poco más adelante merece destacarse la excepcionalidad de la obtención del título de Médico Especialista en Medicina de Familia para los miles de profesionales que ya venían ejerciendo en el medio urbano y, sobre todo, rural, como médicos generalistas, lo que generó conflictos, manifestaciones y cierta fractura de la profesión.

Entrando en materia, la medicina de familia y comunitaria nace con una serie de características específicas que hacen que esta especialidad sea una de las más relevantes dentro del sistema. Un Servicio Nacional de Salud se basa en una Atención Primaria fuerte, eje y vertebradora del sistema (algo repetido hasta la saciedad) y que, por tanto, se sustenta en un médico especialista en medicina de familia que lo es por sus características inherentes e intrínsecas, definidas en sus principios básicos ya hace años por William Osler, Tudor Hart, Barba-

Bibliografía

1. Hernández Mingorance, Laura. Hipócrates de Cos. Gómeres: salud, historia, cultura y pensamiento [blog]. 18/12/2016. Disponible en <http://index-f.com/gomeres/?p=1676>
2. Pereira Gray, D. The emergence of discipline of General Practice, its literature, and the contribution of the College Journal. *Journal of the Royal College of the General Practitioners*. 1989; 39:228-233.
3. Declaración de Atención Primaria. OMS. UNICEF. 1978. Alma Ata; 1978. Disponible en: <http://www.alma-ata.es/declaracion-dealmaata/declaraciondealmaata.html>
4. Casado V. La historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años. *Perspectiva mundial y europea*. AMF 2018;14(2):79-8.

ra Starfield o Ian McWhinney, cuya definición de medicina de familia sigue siendo el referente actual (5,6,7).

En la misma época que McWhinney hacía estas reflexiones, se editó en Madrid el Libro Verde de la Medicina Familiar y Comunitaria (8), en 1980, que compiló en cuatro criterios básicos el marco teórico en el que se sustenta la disciplina de la Medicina de Familia (9):

1. **Campo preciso y propio de actividades. Ámbito de actuación específico** que indudablemente es todo aquello que se desarrolla alrededor de la persona y su entorno en el nivel básico de salud: el centro de salud, el equipo de atención primaria, el domicilio, barrio, municipio, entorno y la comunidad.
2. **Conjunto bien definido de conocimientos.** En torno a la atención a la patología crónica más prevalente, a las enfermedades de alta incidencia, a la detección precoz, la promoción y la salud comunitaria.
3. **Habilidades concretas y características específicas.** La competencia del médico de familia incluye el manejo de la incertidumbre, el uso habitual y juicioso de la comunicación, las herramientas y tecnologías sanitarias, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y la autorreflexión en la práctica diaria para el beneficio de individuos y comunidades. Estas habilidades concretas son desarrolladas plenamente en el contexto de una serie de características específicas que definen la atención primaria de salud: longitudinalidad, accesibilidad, continuidad de la atención, integralidad, enfoque biopsicosocial, atención familiar, comunitaria y domiciliaria. Con una visión humanista, pero con capacidad resolutoria y en trabajo multidisciplinar en equipo.
4. **Perfil Investigador y Docente.** La dimensión docente e investigadora está reconocida como una atribución de la práctica del médico de familia y completa el marco teórico propuesto por el Ministerio (10). Hay muchas líneas en las que son necesarias nuevas evidencias de investigación: en servicios, en intervenciones comunitarias, en modificación de estilos de vida, estudios epidemiológicos, efectividad de actividades preventivas, seguridad clínica del paciente, etc. Desde el punto de vista docente, como en otras disciplinas clínicas, el que se entrena debe aprender las destrezas fundamentales, el *cuerpo de conocimientos*, mediante la práctica supervisada en la disciplina. Los profesores y docentes deben ser médicos de familia.

En resumen, Medicina de Familia es la ciencia médica al servicio de las personas. Los elementos discursivos de nuestro cuer-

5. Hart J.T. The Inverse care law Lancet, 297 (1971), pp. 405-412

6. McWhinney Ian. Orígenes de la Medicina de Familia en McWhinney I. Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo. Semfyc ediciones; Madrid 1997. ISBN 84-7867-139-0

7. Starfield, B.: Atención primaria equilibrio entre necesidades de salud servicios y tecnología. Ed Masson, Barcelona, 2000.

8. Instituto Nacional de la Salud. La Medicina Familiar y Comunitaria. Hacia un nuevo concepto de la asistencia sanitaria. Libro Verde 1ª ed. Madrid; 1980; p. 214

9. Casado V, Planes A, Thomas V, Vázquez JR. La Medicina de Familia y Comunitaria. Valores profesionales y perfil profesional del médico de familia. En Casado V. et al. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Vol 1. 2.ª ed. Barcelona: semFYC ediciones; 2012. pp. 3-29.

10. Orden de 19 de diciembre de 1983 por la que se regula el desarrollo de la formación en atención primaria de salud de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/1983/12/19/2>

po doctrinal son el humanismo, la atención integral, la relación médico-paciente, el interés por la atención a la familia y la comunidad, la medicina preventiva, la estructura organizativa y patrones de trabajo, los aspectos académicos como disciplina. Y estructurar todas estas tareas supone un tiempo de dedicación a Asistencia, Docencia, Investigación y Comunidad.

¿Hacia dónde vamos?

Este repaso conceptual de la Medicina de Familia, que no ha variado apenas a lo largo de las décadas, resulta sin embargo incumplido en algunas de sus esencialidades. Y lamentablemente retornado hacia atrás en otros muchos casos.

El análisis de la situación de la Atención Primaria lleva haciéndose desde hace mucho tiempo. SESPAS ya le dedicó un monográfico hace 10 años (11). Y hay innumerables análisis desde las sociedades científicas, profesionales, foros de debate, resoluciones políticas, etc., sobre cuál es la situación y cuál es el camino a seguir.

1. El impulso dado hace 40 años a la atención primaria se ha ido desinflando a lo largo del tiempo. Constantemente las series anuales de los presupuestos que se dedican a la Atención Primaria versus atención Especializada muestran una gran brecha, tanto en inversión como en recursos humanos. Hay pues una clara contradicción entre el discurso coincidente y asumido desde todos los foros e ideologías sobre la importancia de la Atención Primaria como eje vertebrador del sistema de salud, y los actos que suceden a estas declaraciones que, año tras año, desinvierten presupuesto en Atención Primaria. Esto afecta no solamente al presupuesto en inversión sino también al aumento proporcional de los recursos humanos necesarios (12). La propia Amnistía Internacional se ha pronunciado en este sentido (13).
2. La sociedad cambia y evoluciona hacia la fascinación tecnológica, ayudada por los medios de comunicación tanto de masas como especializados, que ponen en valor aquellas especialidades médicas que aportan innovación de alta tecnología o de intervenciones de alto impacto a nivel individual, por ejemplo, un multitransplante. Sin dejar de reconocer la enorme valía que estos avances suponen en los pacientes que se pueden beneficiar y en el prestigio del sistema sanitario en su conjunto, no deja de sorprender el escaso valor que se da a intervenciones de baja complejidad, pero de altísimo impacto en la morbi-

11. Informe SESPAS 2012: La Atención Primaria: evidencias, experiencias y tendencias en clínica, gestión y política sanitaria. Gaceta Sanitaria, Vol. 26 - Monográfico 1 - Marzo 2012.

12. Simó, Juan. Serpientes autonómicas, en Blog: Salud, dinero y atención primaria, entrada 29 de mayo 2019. Disponible en: http://saludinerop.blogspot.com/2019/05/serpientes-autonomicas-1995-2017.html?utm_source=feedburner&utm_medium=email&utm_campaign=Feed%3A+SaludDineroAtencionPrimaria+%28Salud%2C+dinero+y+Atenci%C3%B3n+Primaria%29

13. Informe Amnistía Internacional: La otra Pandemia. Entre el abandono y el desmantelamiento: el derecho a la salud y la atención primaria en España. Febrero 2021. Disponible en: <file:///C:/Users/med00/Downloads/0000ABBE.PDF>

mortalidad, como por ejemplo el consejo e intervención anti tabáquicos.

3. Hay un mantra generalizado, asumido por gestores, profesionales y pacientes en general: el médico de familia no tiene tiempo. Como si la falta de tiempo fuera consustancial a la condición de ser médico de familia. No es comparable, en términos generales, la dedicación horaria que un especialista hospitalario puede dedicar a la atención en consultas de una paciente con una patología crónica concreta, que la atención que ese mismo paciente puede recibir en la consulta de su médico de familia que, además de valorar todas las comorbilidades en su conjunto, debe de coordinar el proceso de atención que el paciente precise, tanto a nivel especializado hospitalario, como social y comunitario. Esta situación está tan interiorizada en la sociedad, que nadie discute cómo resolverla y ni hasta los propios médicos a veces, ni mucho menos los gestores, se paran a pensar el porqué de esta maldición que asola la profesión. Como si la atención por parte del médico de familia fuera de una complejidad inferior, y la atención a un paciente crónico complejo, a una mujer maltratada, a un enfermo paliativo, no requiriera del mismo tiempo que se facilita a otros profesionales. Así, llegamos a unas agendas de medicina interminables y unas listas de espera que atentan directamente a la accesibilidad, característica esencial de la atención primaria.
4. Hay otro factor relacionado con el punto anterior. La percepción generalizada por parte de la sociedad y de la gestión sanitaria de que el médico de familia debe y puede asumir tareas burocráticas y de otro tipo, que sería inimaginable que pudieran producirse desde el nivel de atención primaria al hospitalario: prescripción inducida, trámites generados en otro nivel asistencial, etc. Es una larga tradición, asumida y consentida durante décadas, que sin duda satura y dificulta innecesariamente la labor asistencial de los médicos de familia.
5. La complejidad de la atención primaria y la organización de ésta requiere del trabajo en equipo, otra de sus características esenciales. Uno de los colectivos más relevantes en la Atención Primaria es el personal de enfermería. La Reforma Sanitaria apostó desde su inicio por las enfermeras, dotándolas de su espacio y competencias propias en la atención conjunta al paciente y las personas. Este apoyo se ha visto reforzado últimamente con la creación al fin de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Sin embargo, al igual que ocurre con el nivel asistencial hospitalario, hay una clara interferencia manteni-

da a lo largo de los años en la definición y asunción de competencias, de modo que, con carácter general, hay muchos procesos asistenciales, preventivos, comunitarios, etc., que podrían ser asumidos perfectamente por la Enfermería Familiar y Comunitaria y que, por distintos motivos, acaban en la consulta del médico de familia. La Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias (14), el Plan Bolonia y la Regulación del Grado de Enfermería (15), son ya lo suficientemente adultas como para que la Enfermería se empodere y asuma aquellos procesos para los que está perfectamente capacitada. Así, seguramente se podrá disponer de más tiempo para coordinar el proceso asistencial de los pacientes y quizá las agendas de cada nivel competencial estén más equilibradas y sean más adecuadas a ese nivel. Del mismo modo, es necesario profundizar en el papel de la farmacia comunitaria y otras profesiones sociosanitarias.

6. Los gestores sanitarios, e igualmente los profesionales, han ido perdiendo la esencialidad de algunos de los criterios que definen al médico de familia, convirtiendo a éste en un gestor del tiempo a contrarreloj. Sin tiempo para nada más que para salvar el día, la asistencia se convierte en prácticamente la única actividad de entre las cuatro básicas que competen a un médico de familia: docencia, investigación, atención comunitaria y asistencia. Esta situación cronificada es un dardo envenenado pues dispara directamente al corazón de toda la atención primaria: la devalúa, hace la atención profesional poco gratificante, resta o elimina directamente el tiempo para la investigación, y dificulta la docencia. Este hecho no es baladí, pues sin investigación y sin apenas docencia, se dificulta el acceso en igualdad de méritos a la docencia universitaria, y al desarrollo profesional en su conjunto.
7. En este sentido, uno de los mayores logros del impulso dado a la Atención Primaria en la reforma sanitaria se dio en el postgrado, pero no fue así en la formación pregrado, que continuó con una visión hospitalaria mayoritariamente, alejándose de la formación holística y generalista que debe de recibir un estudiante de medicina. No se trata de formar miniespecialistas de todo, sino buenos generalistas que luego se puedan especializar en alguna de las ramas que la Formación Posgrado oferta, incluida la formación en Medicina de Familia, que va más allá, por supuesto, de la formación pregrado. Así, el cuerpo doctrinal de la medicina de familia quedó relegado a experiencias minoritarias, y junto con la fascinación por la tecnología y la super-especialización, se inició la devaluación y descenso de interés de los futuros médicos por la aten-

14. Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>

15. Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/07/19/pdfs/A31680-31683.pdf>

ción primaria. Todos los condicionantes anteriormente expuestos han contribuido también a que finalmente se queden más de 200 plazas de medicina de familia sin cubrir en la convocatoria MIR de 2022. A nivel social, esta carencia presente y futura de médicos de familia (en la época de jubilaciones de la generación de los baby-boomers) va a repercutir también en los servicios públicos que se puedan ofertar a la denominada España vaciada.

Sobre la base de este análisis, se proponen las soluciones que han sido ya reiteradas hasta la saciedad:

- Aumento del presupuesto de AP dentro del total de sanidad.
- Aumento de los recursos humanos necesarios y previsión de jubilaciones.
- Reorganización de competencias: cada nivel asistencial y profesional que asuma su competencia.
- Tiempo necesario para la docencia, investigación y actividad comunitaria.
- Reorganización de docencia pregrado: es imprescindible una política universitaria activa de introducción de la Medicina de Familia en la Universidad, más allá de algunas experiencias muy loables.
- Plan de choque de listas de espera en atención primaria, de la misma manera que periódicamente las consejerías lanzan planes para paliar las listas de espera quirúrgicas.
- Estabilización de empleo e incentivación real de la medicina rural.



ENFERMERAS. ESTRUCTURAR NUEVAS COMPETENCIAS

José Ramón Martínez Riera

Una evolución de progresivo deterioro de la Atención Primaria de Salud (APS), unido a una inexistente ordenación de acceso de las enfermeras a APS a través de concursos extraordinarios que permitían el trasvase masivo de enfermeras del hospital a APS con manifiesta intención de “jubilarse” en una infundada zona de confort, desplazando a enfermeras comunitarias con muchos años de experiencia, y unido al deterioro progresivo de la APS convertida en un apéndice de los hospitales, con insuficiente financiación y muy poca capacidad de resolución y autonomía, con una perspectiva patogénica, asistencialista y paternalista que generaban dependencia y demanda insatisfecha al tiempo que anulaban cualquier capacidad de actividad comunitaria, de promoción de la salud y de participación de la ciudadanía en sus procesos de salud, condujeron a que la APS pasase a ser un ámbito laboral y de desarrollo profesional muy poco reconocido, reconocible y solicitado, salvo como se ha comentado, para “descansar”. La irrupción de la pandemia tan solo vino a certificar su muerte y la necesidad de activar un cambio radical del caduco modelo, que se inició con el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria (1) que actualmente está pendiente de implementación por parte de los servicios de salud autonómicos.

El planteamiento de mejorar la atención de salud y avanzar hacia el fortalecimiento y el liderazgo de la APS, pasa porque las enfermeras tengan un papel mucho más determinante, en base tanto a las competencias que tienen como a las necesidades de cuidados que actualmente, y más aún tras la pandemia, plantea la sociedad. En este sentido, cabe destacar que una nueva estructura de las competencias enfermeras debe desarrollarse con la incorporación progresiva de enfermeras especialistas de enfermería familiar y comunitaria con competencias específicas y diferenciadas en relación con las enfermeras comunitarias no especialistas, mediante la identificación y definición de los puestos de trabajo que permitan:

- a) Potenciar la capacidad resolutoria de las Consultas Enfermeras en la gestión de cuidados, a través de una atención integral, integrada e integradora con un abordaje

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que publica el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6761

biopsicosocial y espiritual, a lo largo de todo el ciclo vital, incluyendo la valoración enfermera desde la primera visita para apertura de la historia de salud. Es necesario prestar especial atención a los cuidados dirigidos a personas con enfermedad crónica, mediante protocolos de actuación basados en evidencias. Para ello es imprescindible reorganizar las consultas, generando autonomía y capacidad de autocuidado de las personas atendidas y de sus familias y propiciando una comunicación más eficaz y efectiva con el resto de las/os profesionales de los equipos, lo que facilitaría el necesario trabajo transdisciplinar y la evaluación de los logros en salud.

- b) Desarrollar e impulsar la atención familiar domiciliaria, con especial atención a personas con enfermedades crónicas complejas y en situación terminal y a sus familiares y cuidadoras/es. Pero también en las diferentes etapas del ciclo vital como el/la recién nacido/a, personas con necesidades especiales, mujeres objeto de violencia de género, personas adultas mayores en soledad y otras situaciones de vulnerabilidad.
- c) Impulsar actividades de salud comunitaria y de promoción de la salud, así como las interrelaciones entre los servicios y profesionales de la salud y sociales, mediante la planificación y el desarrollo de intervenciones comunitarias en ámbitos como el educativo (que no coinciden con los planteamientos de la enfermera escolar) (2,3), el laboral, el de ocio o deportivo o el de poblaciones vulneradas o vulnerables.
- d) Desde el trabajo transdisciplinar e intersectorial, desarrollar estrategias compartidas entre todos los miembros de los equipos que logren identificar, priorizar, planificar e intervenir sobre problemas de salud individual, familiar o comunitaria.
- e) Favorecer la participación comunitaria que permita la incorporación de la ciudadanía en la toma de decisiones a través de los órganos de participación ciudadana (consejos de salud, asociaciones...) (4), y que permita asimismo lograr la capacidad de autodeterminación, autogestión, autonomía y autocuidado, a través de la Educación para la Salud y la identificación de los determinantes sociales.
- f) Identificar, movilizar, coordinar y articular los activos de salud, desde una perspectiva salutogénica, que generen espacios saludables participativos y democráticos.
- g) Potenciar la continuidad de cuidados a través de una comunicación efectiva y eficaz con la totalidad de profe-

2. Martínez-Riera, JR Intervención Comunitaria en la Escuela. Estado de la cuestión. Rev ROL Enf 2011; 34(1):48.

3. Martínez-Riera, JR. Enfermera Comunitaria vs Enfermera Escolar. Rev ROL Enf 2009; 32(7-8):526.

4. Sáinz-Ruiz, PA; Mínguez-Arias, J; Martínez-Riera, JR. Los consejos de salud como instrumento de participación comunitaria en La Rioja. GacSanit.2019;33(2): 134-140 DOI: [10.1016/j.gaceta.2017.09.012](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.09.012)

sionales de los equipos, así como con los diferentes recursos sanitarios y comunitarios, de forma que se minimicen las omisiones, las repeticiones o las contradicciones y se contribuya a la calidad de los cuidados con independencia del ámbito de atención en el que se encuentre la persona, normalizando los informes de valoración enfermera al ingreso y al alta como instrumentos fundamentales en la continuidad de cuidados.

- h) Promocionar la investigación en salud con la participación activa de las enfermeras, así como la investigación específica enfermera y, en particular, las metodologías de investigación-acción-participación que permitan generar evidencias que se incorporen en la prestación de cuidados de calidad y que respondan a las necesidades reales de la comunidad.
- i) Fomentar la indicación social de recursos comunitarios que, junto a los recursos personales, familiares y sociales, den respuesta al afrontamiento de los problemas de salud identificados, contribuyendo a la progresiva y necesaria desmedicalización.
- j) Participación en todos los órganos de decisión y liderazgo definidos en la planificación, dirección e implementación de planes de cuidados comunitarios. Acceso en igualdad de condiciones de capacidad y mérito, con otros profesionales, a puestos de responsabilidad y toma de decisiones.
- k) Adscripción de población que permita la identificación de enfermera de referencia por parte de esta.
- l) Participación en la formación de grado, posgrado y especializada a través de acreditaciones periódicas en coordinación con universidades, sociedades científicas y unidades docentes.
- m) Evaluación periódica de resultados sobre la base de indicadores que respondan a la actividad desarrollada y la asignación de responsabilidades específicas de salud de la población asignada.

Sin embargo, todo lo expuesto choca frontalmente con la vigencia de normas preconstitucionales, como el Estatuto de personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social de 1973 (5), en el que, por ejemplo, se dice que las funciones correspondientes a las Enfermeras y Ayudantes Técnicos Sanitarios en las Instituciones abiertas serán, entre otras: "1. Ejercer las funciones de auxiliar del Médico, cumplimentando las instrucciones que reciban del mismo en relación con el servicio". Lo que supone que se dicten sentencias por parte de los jueces ante las demandas interpuestas

5. Estatuto de personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social. Aprobado por Orden 26 de abril de 1973 Disponible en: http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/7ceef929-d2fb-4e93-9876-a72fb773398e/16dfa7e7-6a21-42c2-ba1b-64a7728d89f3/ad868fe2-2393-44e8-9cf0-4536fab27318/orden_26_04_1973_estatuto.pdf

por determinados colectivos profesionales, en contra del desarrollo de las competencias referidas. Una paradoja que no es comprensible ni admisible.

En definitiva, es necesario superar concepciones anticuadas sobre las competencias a desarrollar por las enfermeras que, sin duda, constituyen una pieza fundamental en la prestación de una atención integral, integrada, integradora y de calidad.



LA FARMACIA COMUNITARIA EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Vicente Baixauli

El Sistema Nacional de Salud (SNS), desde su creación como prestación universal de todos los españoles en 1986, se ha sustentado en gran medida en la atención primaria, a diferencia de otros países de nuestro entorno, donde no existe una red tan potente de centros de salud.

La participación de los farmacéuticos comunitarios en el SNS sigue siendo una asignatura pendiente en la atención primaria. Si bien la farmacia comunitaria no se encuentra incluida funcionalmente dentro de los servicios de salud de la Administración del Estado y de las comunidades autónomas dado su carácter de establecimiento sanitario privado, sí se encuentra incluida en las funciones y prestaciones sanitarias (1,2) que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud, que integran el SNS.

A nadie se les escapa el hecho de que las farmacias comunitarias compartan los principios generales que guían nuestro sistema de salud tal y como establece la Ley General de Sanidad. Por un lado participan en mayor o menor grado en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades, y son de los pocos recursos del sistema sanitario que reúnen de forma habitual en un mismo espacio a personas sanas y enfermas. Por otro lado, la asistencia sanitaria que prestan se extiende a toda la población española, más allá de los desequilibrios territoriales y sociales. El 99,9% de los ciudadanos españoles disponen de una farmacia en su lugar de residencia o municipios colindantes, algo muy poco común en la mayor parte del mundo, incluidos países desarrollados. Por último, el acceso y la prestación a los servicios que prestan se realiza en condiciones de igualdad efectiva en todo el país, salvo cuando la legislación autonómica correspondiente explícitamente introduce excepciones.

Se estima que a las farmacias comunitarias españolas acuden diariamente más de 2 millones de personas con el fin de solicitar distintos servicios sanitarios, desde el más conocido y demandado como es la dispensación de medicamentos y productos sanitarios, hasta otros menos conocidos relativos a Ser-

Bibliografía

1. BOE.es - BOE-A-2015-8343 Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. [Internet]. www.boe.es.
2. Ley 16/1997 de Regulación de servicios de las oficinas de farmacia. Art 1 párrafo 7.

vicios Profesionales Farmacéuticos asistenciales que sólo algunas farmacias prestan.

Nada de lo indicado anteriormente constituye una novedad, pero lamentablemente tampoco ha propiciado avances en la coordinación con el resto de estructuras de atención primaria. Se quiera o no admitir, con los prejuicios y estereotipos asociados que paradójicamente siguen rigiendo en nuestro país, la farmacia comunitaria es atención primaria. Por múltiples causas, intencionadas o no, el hecho es que la farmacia comunitaria, como recurso sanitario de la atención primaria, sigue sin ser aprovechado e integrado en el SNS. La palabra integración sigue despertando desconfianza entre propios y extraños, unos porque no quieren adaptarse y otros porque ven amenazado su statu quo. Desde nuestro punto de vista tenemos un buen modelo farmacéutico en términos de acceso y calidad del medicamento, pero lastrado en su faceta asistencial por intereses ajenos a la salud, desorientado porque no tiene claro dónde debe ir y descoordinado del resto del sistema sanitario, lo cual genera no pocos problemas a los pacientes. Es lo que actualmente tenemos y debemos mejorar.

En la línea de esta afirmación, no cabe duda de que la AP es el pilar principal de atención sanitaria cercano a la población, accesible y como filtro para la prevención de enfermedades con vistas a evitar complicaciones que precisasen hospitalización. Sin embargo, en las últimas décadas, este nivel asistencial ha venido sufriendo un abandono y deterioro progresivo por la falta de recursos y la concepción de la AP como mera puerta de entrada al sistema sanitario. Al mismo tiempo la carga asistencial ha ido creciendo por el progresivo envejecimiento poblacional y el aumento de la cronicidad. Sin embargo, en lugar de reforzarse la AP se ha seguido en muchos aspectos (como por ejemplo en relación con los medicamentos o la atención a pacientes con enfermedades crónicas) reforzando un modelo hospitalocéntrico y alejando la innovación de la atención primaria en favor de la hospitalaria. Se ha invertido comparativamente durante muchos años más en la red de hospitales, en detrimento de un refuerzo de la atención primaria y la salud comunitaria. A pesar de este desgaste progresivo, desde las autoridades sanitarias se ha vivido de espaldas a esta realidad y se han trasladado mensajes de autocomplacencia que reforzaban el ideal del SNS como un sistema fuerte y de los mejores del mundo, pero sin que se mantuvieran los niveles necesarios para mantenerlo sano.

La pandemia de COVID-19 ha supuesto una bofetada de realidad y ha desvelado con toda su crudeza los problemas del SNS en su conjunto, de la atención primaria, y del papel de los farmacéuticos comunitarios en particular. ¿Y qué papel

juega la farmacia y el farmacéutico comunitario en todo esto? La red de farmacias comunitarias es la red sanitaria más extensa del país con más de 22.000 establecimientos y 55.000 farmacéuticos comunitarios. Sigue estando infrutilizada desde el punto de vista clínico por el SNS. A pesar de la existencia de iniciativas y de la participación esporádica de las farmacias en algunas estrategias del SNS, falta un respaldo real y continuado por parte de las instituciones sanitarias que permita la participación normalizada y de forma habitual de las farmacias en el conjunto de estrategias del SNS que tengan que ver, fundamentalmente, con el apoyo a la atención primaria.

¿Qué necesidades tienen los pacientes en los que los farmacéuticos comunitarios puedan aportar? ¿Qué funciones podrían desempeñar los farmacéuticos comunitarios? Podrían colaborar activamente en materias como:

- Prevención de la enfermedad y promoción de la salud pública mediante campañas sanitarias divulgativas (vacunación, etc.), y participación en cribados sistemáticos de problemas de salud prevalentes. Existen muchas enfermedades prevalentes como la diabetes, insuficiencia renal, hipertensión, EPOC, etc., cuya detección se realiza tardíamente, empeorando el pronóstico y calidad de vida de los pacientes simplemente porque hay muchos ciudadanos que no acuden al centro de salud hasta que notan síntomas avanzados. El farmacéutico comunitario puede complementar al centro de salud en esta detección, porque a menudo estos pacientes acuden mucho antes a la farmacia a tratar lo que creen síntomas menores. Ya se han realizado experiencias en varias comunidades autónomas en patologías como el VIH, cáncer de colon y otras.
- Mejora de la adherencia terapéutica a través de programas de revisión del uso de los medicamentos, seguimiento farmacoterapéutico, preparación de sistemas personalizados de reacondicionamiento (SPD), etc. Se estima que uno de cada dos pacientes españoles no es adherente a su tratamiento.
- Seguimiento y control de los pacientes polimedicados con patologías crónicas en coordinación con medicina y enfermería. En la farmacia se puede medir la evolución de varios indicadores del grado de control de las enfermedades crónicas (HTA, diabetes, etc.), ya que los pacientes las visitan con más frecuencia que el centro de salud, y se puede coordinar una atención protocolizada basada en signos de alarma que repercuta positivamente en los resultados de salud de estos pacientes.

- Indicación farmacéutica para el tratamiento protocolizado y consensuado de síntomas menores, aliviando la presión asistencial de las consultas de atención primaria y derivando al médico en aquellos casos que lo requieran, tal como ya se realiza en otros países desarrollados.
- Dispensación excepcional, ante el incremento de desabastecimientos y problemas de acceso a la medicación, como forma de salvaguardar el espíritu de la prescripción por parte del farmacéutico, ante una situación de urgencia o necesidad, en la que se dispensa el medicamento más adecuado dentro de las posibilidades reales existentes en cada momento con el fin de garantizar al paciente la persistencia al tratamiento y uso adecuado de su medicación de acuerdo con el paciente y sus necesidades (3).
- Dispensación a los pacientes ambulatorios de medicamentos de ámbito hospitalario de forma coordinada y consensuada con la farmacia hospitalaria y el médico de atención primaria, que en ocasiones desconoce dicho tratamiento (4).
- Incorporación a los programas de atención domiciliaria para aquellos pacientes que requieran de la prestación de estas actuaciones pero que por su situación sociosanitaria no puedan acudir a recibirlas. En entornos como el rural, el farmacéutico comunitario es el único profesional sanitario presente las 24 horas los 365 días del año (5).

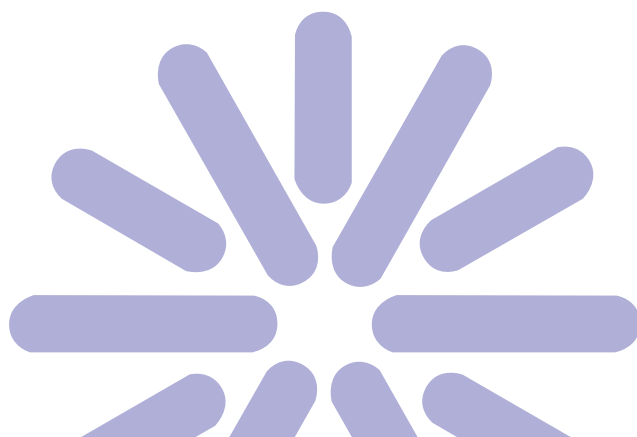
¿Cómo se podrían desempeñar estas funciones en beneficio del SNS y de la AP?

-
3. Satué E. Dispensación excepcional: una necesidad del paciente. *Farmacéuticos Comunitarios [edición electrónica]*. 2021; 13:3-4
 4. Caballero-Romero A, Fernández S, Morillo AB, Zaragoza-Rascón M, et al. Análisis modal de fallos y efectos y análisis de minimización de costes de tres programas de entrega de medicamentos. *Farm Hosp.* 2021; 45:66-72.
 5. Baixauli VJ, Murillo M^ºD, Satué E, et al. Propuesta de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) sobre el papel del farmacéutico comunitario en la atención sociosanitaria. Parte II: Atención Farmacéutica Domiciliaria Madrid. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC); 2018.

- Utilizando herramientas de comunicación como la receta electrónica, ya implantada y con un enorme potencial, pero que actualmente solo se utiliza con fines exclusivamente burocrático-administrativos (autorización, fiscalización...), sin permitir la comunicación directa y bidireccional con el médico y el resto de profesionales sanitarios.
- Compartiendo la información clínica necesaria (patología de base, alergias, intolerancias...) del paciente para su atención. Se debería avanzar en mejorar el acceso al historial farmacoterapéutico de los pacientes por parte de los farmacéuticos comunitarios, así como favorecer que los médicos conozcan también el resto de los tratamientos de no prescripción o no financiados que toma el paciente y conoce el farmacéutico.
- Participando conjuntamente en actividades sanitarias como un equipo. Se deberían fomentar las sesiones clínicas y la formación conjunta entre profesionales sanitarios de las áreas de atención primaria.

- Integrando al farmacéutico comunitario mediante la teleatención farmacéutica en la digitalización de la atención primaria.

El tiempo pasa. Llevamos años, décadas ya, hablando sobre los mismos problemas y planteando soluciones que, a veces, por el paso del tiempo, empiezan a quedarse obsoletas, pero el gran problema sigue siendo la voluntad de pasar de las palabras a los hechos. La estrategia de cronicidad del SNS lleva diez años de vida y se sigue hablando de ella. La estrategia de AP está encallada, en cambio. Las farmacias siguen sin contar lo suficiente para el sistema, como ha demostrado el poco uso de ellas que se ha hecho durante la pandemia a pesar de los resultados obtenidos cuando se ha contado con ellas. Sin embargo, la población española está envejeciendo y no se renueva, la tecnología se impone pero muchos pacientes no se pueden adaptar a su velocidad de cambio y esto puede generar brecha digital, riesgos de exclusión y problemas añadidos en la atención a la población si no se inyectan recursos y políticas que rompan definitivamente con la ausencia de colaboración y coordinación entre los niveles asistenciales, incluyendo entre ellos a la farmacia comunitaria, que sigue siendo a día de hoy el centro sanitario más próximo y accesible para la población. No cabe duda de que los farmacéuticos comunitarios deben dar un paso adelante si quieren asumir más responsabilidades y comprometerse al máximo con su vertiente clínica y el desarrollo e implantación de las funciones antes mencionadas, pero esto por sí solo no es suficiente. Es necesario también que las administraciones sanitarias cuenten con la farmacia comunitaria y faciliten su integración en el equipo de atención primaria.



II. GESTIÓN: OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

*Inversión y gestión de recursos
humanos.*

Vicente Ortún

“Un ejército marcha sobre su estómago” es una frase que se atribuye a Napoleón para referirse a la importancia de la logística en cualquier empresa humana a gran escala, y la AP puede asemejarse a la fiel infantería, siempre en la trinchera, donde cada “bala y ración” cuentan. ¿Es posible mejorar la forma en que se gestionan los centros de salud, los consultorios, el resto de herramientas de la AP? ¿Hay otros modelos en el mundo que puedan servirnos al menos de inspiración para evolucionar?



FINANCIACIÓN, ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA^(*)

Vicente Ortún

“La atención primaria es el único componente de atención de la salud en el que una mayor oferta se asocia con una mejor salud de la población y unos resultados equitativos. Por ello, la atención primaria es un bien común, cuya solidez y calidad constituye una preocupación colectiva”. La frase anterior viene a ser cita casi literal del reciente informe “Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundations of Health Care” (1).

Se van acumulando pruebas (2), desde hace años, acerca de la conveniencia de orientar el sistema sanitario hacia la atención primaria. Los análisis sobre refundación (3) en los aspectos macro y meso, así como de renovación (4) desde la clínica deben continuar actualizándose. Se suceden los buenos propósitos y los pronunciamientos sólidamente fundamentados (5, por ejemplo), que detallan qué debe hacerse.

Incluso en el Dictamen de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica del Congreso el término “atención primaria” se repite 47 veces, y la raíz “hospital” (hospital, hospitalario, hospitalización,...) solo 10. Es un reflejo del énfasis en potenciar la medicina y enfermería de familia y la atención primaria como ejes del SNS. Devolvería a la medicina de familia sus funciones y responsabilidades de atención domiciliaria y a la comunidad (escuelas, residencias de ancianos) (6).

Claro que en el plan enviado por el Gobierno a Bruselas para el programa *Next Generation*, con 1.069 millones para sanidad, 792 se van a renovación de equipos de alta tecnología, cuando el principal problema del SNS es su rígido marco de

* Una versión previa del texto fue escrita con Olga Pané y publicada en el blog La Gestión Importa. Se entiende por Atención Médica Primaria (AMP) la atención sanitaria a la que tiene acceso directo la población y que se presta por médicos —y enfermeras, farmacéuticos, trabajadores comunitarios— generales/de familia, médicos cuyos pacientes no se seleccionan ni por patologías específicas, ni por técnicas concretas, ni por la pertenencia a grupos determinados de edad y sexo. La AMP constituye una parte —no una interpretación restrictiva— de la atención primaria de salud.

Bibliografía

1. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2021. *Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25983>.
2. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract*. 2022 Jan 27;72(715):e84-e90. doi:10.3399/BJGP.2021.0340.
3. Ortún Rubio V. (dir). *La refundación de la atención primaria*. Madrid: Springer Healthcare; 2011.
4. Casajuana J, Gervas Camacho JJ. *La renovación de la atención primaria desde la consulta*. Madrid: Springer Healthcare Ibérica; 2012.
5. Sisó Almirall A, Limón E, Solanes M et al. *Atención Primaria en la era post-Covid*. Barcelona: CAM-FiC; 2021.
6. González López-Valcárcel B. Dictamen de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica (sanidad): paso adelante y oportunidad perdida. Blog Nada es Gratis 24 julio 2020. [consultado el 15 de abril de 2022]. Disponible en: <https://nadaesgratis.es/beatriz-gonzalez-lopez-valcarcel/dictamen-de-la-comision-de-reconstruccion-social-y-economica-sanidad-paso-adelante-y-oportunidad-perdida>.

gestión, la falta de instrumentos e incentivos para sus profesionales para competir en calidad donde haga falta, y hacer las cosas de la única forma en que se pueden hacer: como quien mejor las haga. No deja, sin embargo, el plan citado de señalar la importancia de la AP ya que “las inversiones en equipos de alta tecnología tienen también una incidencia importante sobre el sistema de atención primaria, por ejemplo, la renovación de equipamiento de alta tecnología en hospitales, que contribuye a mejorar los diagnósticos en atención primaria, las estrategias de prevención y promoción de la salud o la mejora de la carrera profesional del personal sanitario”. ¿Escarnio sobre ninguneo?

Existiendo amplia coincidencia en el qué cambios urgen para mejorar la calidad sanitaria, y tal como señala Joan Gené (7), conviene centrarse ya en el cómo hacerlo, conscientes asimismo de los factores culturales, regulatorios, políticos y económicos que han llevado la AP a su actual invisibilización (8) y deterioro (9).

El *business case* de la atención primaria para un sistema sanitario (las razones de beneficio social que deben guiar sus actuaciones desde la práctica clínica a la política sanitaria) existe ya, pero por una mezcla de fallos de mercado y de Estado, en la realidad no acaba de implementarse. Este capítulo pretende recordar qué frena la orientación hacia la AP y sobre qué puede incidirse para corregir una situación de mejora muy conveniente.

En clínica, la suma de muchos tratamientos correctos para condiciones diferentes resulta con frecuencia en un tratamiento incorrecto. En sanidad, la calidad de un sistema no resulta de la suma de calidades de sus componentes. En Estados Unidos de América, un muy flojo sistema sanitario, encontramos dos organizaciones muy destacadas cuyo éxito se ha basado en su orientación hacia la atención primaria: Kaiser Permanente, objeto de entradas como esta (10) en el blog de Jordi Varela, y Geisinger (*is not any fiord*) (11), menos conocida, en el blog de Pere Ibern, que en una zona poco dinámica de Pensilvania secuencia el exoma a toda la población, tratando los hallazgos (BrCa, Lynch...) en atención primaria, y a los diabéticos tipo II les proporciona terapia alimentaria en lugar de farmacológica, bajando así los costes anuales a una quinta parte y consiguiendo una reducción de la hemoglobina glicosilada 2,5 veces superior. *The Most Progressive Health System in the Planet* (12), llamativamente instructivo.

Para maniobrar en la dirección correcta hay que ser consciente de qué tendencias de la situación actual conviene revertir, de los problemas y vientos en contra. Entre ellos:

- La dualización sanitaria y el descremado sociológico de la atención primaria, en palabras y excelente análisis de

7. Gené-Badía J. Atención primaria: Urge cambiar para mantener la calidad. *Atención Primaria*; 2019; 51(5): 266-8; DOI:10.1016/j.aprim.2019.03.002
8. Sisó-Almirall A, Kostov B, Sánchez E et al. Impact of the Covid-19 Pandemic on Primary Health Care Disease Incidence Rates: 2017 to 2020. *The Annals of Family Medicine* January 2022,20(1)63-68; DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2731>
9. OECD (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.
10. Kaiser Permanente: las claves del éxito. Blog Avances en Gestión Clínica, 20 de mayo 2013. [consultado el 15 de abril de 2022]. Disponible en: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2013/05/kaiser-permanente-las-claves-del-exito.html>
11. Geisinger (is not any fiord). Proven Care: How to Deliver Value-Based Healthcare the Geisinger Way. Blog Econsalut, 15 febrero 2022. [consultado el 15 de abril de 2022]. Disponible en: <https://econsalut.blogspot.com/2022/02/geisinger-it-is-not-any-fiord-2.html>
12. Geisinger: The most progressive Health System on the Planet. Geisinger CEO David Feinberg talks Genetics and Refunds with Eric Topol. 5 octubre de 2018. [consultado el 15 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.medscape.com/viewarticle/902769#:~:text=Geisinger%20CEO%20David%20Feinberg%20Talks%20Genetics%20and%20Refunds%20With%20Eric%20Topol>

Juan Simó (13), claramente explicada en la citada intervención con ocasión del ciclo 25 años de formación orientada a los valores (14) organizado por José Ramón Vázquez Días en Tenerife Sur. Quienes deciden y crean opinión sobre la AP no la utilizan.

- El hecho de que más del 30% del gasto sanitario esté financiado privadamente, 14 puntos por encima de Alemania. La financiación pública es la que permite atender necesidad clínica y sanitaria. La financiación privada se dirige a demanda solvente, con o sin necesidad. Según la Encuesta de Presupuestos Familiares el quintil de mayor renta tiene un gasto sanitario privado 8,1 veces mayor (15) que el quintil de renta más baja (la ratio es de 4 para el conjunto del gasto).
- La huida a financiación privada, peligroso voto con los pies hacia la atención benéfico-privada de la que venimos. Seguros privados: 33% en Cataluña, pero solo el 8% del gasto sanitario. Alerta incluso de los peligros de 'latino-americanización' o de subasta pública de los activos del sistema de salud.

Y ya, de manera más específica, para conseguir implantar las recomendaciones contenidas en los trabajos que hasta aquí hemos citado, finalizaremos con algunas propuestas:

1. Financiación capitativa. La integración asistencial (16) es más necesaria a medida que la población envejece (aunque sea saludablemente), y la financiación capitativa es una potente herramienta para lograrla pues estimula a que los problemas se aborden por el profesional más próximo al paciente con la adecuada capacidad resolutive. Nos faltan:
 - a. En primer lugar, políticas sanitarias y sociales decididas comparables a las de Inglaterra, que ha culminado la implementación de la atención integrada en 2022.
 - b. También falta capacidad de reacción de las organizaciones sanitarias, muy necesitadas —en el marco descrito de autonomía de gestión y competencia por comparación— de una financiación de base capitativa (17) que estimule esa integración. Pasar de financiar servicios sanitarios a financiar atención sanitaria a una población constituye una palanca de fomento de la integración que se está utilizando de manera creciente en el mundo.
 - c. Los proveedores integrados pueden ser una empresa aseguradora (como en Estados Unidos), un seguro de enfermedad o una mutua (como en Holanda y Alema-

13. Juan Simó. El descremado sociológico de la atención primaria. Atención Familiar y Comunitaria La Laguna. 7 mayo 2011. [consultado el 15 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=8x4I37huQeY>

14. <https://www.youtube.com/c/Atenci%C3%B3nFamiliarComunitariaLaLaguna/videos>

15. <https://www.youtube.com/watch?v=SZJjv9ffylE>

16. Santa Eugènia S. Atención integrada salud y social: definición, retos y techos de vidrio. Blog La Gestión Importa. 24 de febrero de 2021. [consultado el 15 de abril de 2022]. Disponible en: <http://lagestioimporta.cat/arees/atencion-integrada-salud-y-social-definicion-retos-y-techos-de-vidrio/?lang=es>

17. Ortún-Rubio V, López-Casasnovas G. Financiación capitativa, articulación entre niveles asistenciales, y descentralización de las organizaciones sanitarias. Bilbao: Fundación BBVA, 2002. Disponible en: <https://www.fbbva.es/en/publicaciones/financiacion-capitativa-articulacion-entre-niveles-asistenciales-y-descentralizacion-de-las-organizaciones-sanitarias-2/>

nia), o una entidad que atiende a una zona geográfica (como en Suecia, Reino Unido y España). Cuando existe base geográfica, como en España, se trata de efectuar un ajuste que permita igual financiación para igual necesidad (Reino Unido) o igual subsidio público para igual necesidad (algunos países escandinavos).

- d. El mayor problema en el ajuste por necesidad es el de aislar la influencia de la oferta —la mayor condicionante de la utilización sanitaria— pues se trata de permitir que cada población reciba la respuesta promedio, del país, a su necesidad sanitaria. La financiación capitativa resulta, en España, un instrumento coherente de control del gasto, que sirve a la finalidad pública de atender según necesidad sanitaria relativa y que estimula la expresión clínica de la eficiencia a través de la capacidad resolutoria, pues estimula la búsqueda de ‘quién hace mejor qué’ en cada proceso. Por ejemplo, si fuera el centro de salud el que tuviera que ser financiado, o presupuestado, de manera prospectiva con criterios capitativos, se partiría de la población a la que atiende. Dado que se trata de proporcionar igual respuesta a igual necesidad se ajustaría la población según su composición por edad y género, su morbilidad y su grado de privación. La privación señala necesidades no satisfechas como consecuencia de la falta de recursos, no únicamente económicos, y comporta mayor presión asistencial, así como necesidad de prevención y trabajo comunitario. La privación implica mayores dificultades para mantener unas condiciones de vida saludables, deteriora los estilos de vida, aumenta la morbilidad y la probabilidad de descompensación en enfermos crónicos, lo que se traduce en un aumento de población atendida, visitas, urgencias, hospitalizaciones evitables y mortalidad prematura. Para la fórmula de asignación de recursos a centros de salud con criterios capitativos (poblaconales) suele construirse un índice de privación a partir de diferentes indicadores socioeconómicos (paro, clase social, educación, condiciones de vivienda, renta, cohesión social, dispersión, violencia, etc.) agregados mediante ponderaciones que pueden ser teóricas o resultar de un modelo estadístico.
2. Equipos multiprofesionales. Es necesario romper la rigidez de las competencias profesionales. En el marco de un equipo debe ser posible delegar funciones de acuerdo con las capacidades para ejercitarlas. El trabajo en equipo es una de las grandes fortalezas de nuestro modelo, o al menos el trabajo agrupado donde la capacidad

resolutiva debe ser el criterio para asignar funciones sin atrincherarse en corporativismos. Se requiere:

- a. Gestión enfermera de la demanda, estilo CASAP, tal como explica Alba Brugués (18).
 - b. *Clinical assistant*. Los administrativos bien entrenados también pueden realizar mucho trabajo más allá de la recepción en la entrada.
 - c. Promover la relación activa con las farmacias comunitarias como un agente sanitario más vinculado a la AP. ¿Por qué, por ejemplo, no continúan sufriendo la dispensación hospitalaria de medicamentos de uso ambulatorio?
 - d. Plantearse si seguimos compartiendo con Bulgaria la presencia de pediatras en AP.
 - e. Dejar de hacer para poder hacer. Tal como hace años defendió Josep Casajuana (19), hay que revisar por completo los contenidos administrativos de las consultas que ocupan el 30% del tiempo (20): realizar las actividades administrativas fuera de las consultas, cuestionar y compartir con otros profesionales todas las actividades autogeneradas (básicamente, controles de crónicos), incluida la propia definición de enfermo crónico (no hay control sin autocontrol), e implicar intensamente a la enfermería en la asistencia a las enfermedades agudas. La liberación de tiempo de consulta permite dar mejor respuesta a la insuficiencia cardíaca, la fibrilación auricular, la osteoporosis o la hiperplasia benigna de próstata. En España existen experiencias, como la de CASAP, de asistencia a enfermos agudos compartida entre médicos y enfermeros que parecen ofrecer buenos resultados.
3. Autonomía organizativa, gestión de agenda propia con poder de compra, y una longitudinalidad que permita la resolución de un problema por el profesional sanitario más cercano que sea capaz de hacerlo. La cuestión adquiere trascendencia en un país donde el principio de legalidad domina sobre el de gestión, en unos momentos históricos en los que se precisa de un muy buen Estado pero impera la ideología, se evalúa poco y lo que se evalúa —como las EBAs— tampoco se considera. Para demasiados, gestión pública continúa siendo un oxímoron.
- a. Autonomía de gestión y competencia por comparación en calidad. Más importante que una forma organizativa (pública o privada, anónima o limitada, coope-

18. Brugués A. Gestión enfermera de la demanda en atención primaria. Blog Avances en Gestión Clínica, 8 de julio de 2013. [consultado el 15 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=JUmgXZnYHxg>

19. Casajuana J. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. FMC. 2005; (9):579-81.

20. <https://www.comb.cat/es/comunicacio/noticies/el-cc-mc-alerta-de-que-es-urgente-liberar-a-los-medicos-y-otros-profesionales-clinicos-de-burocracia-a-lo-largo-del-proceso-asistencial->

rativa o fundación...) es el grado de competencia al que esté sometida una organización (la que sea). Garantizar la inmortalidad lleva al estancamiento de personas y organizaciones. La innovación resulta de la necesidad. Conviene instaurar la competencia por comparación: no implica mercado alguno. Este tipo de competencia por comparación o competencia gestionada es el que puede aplicarse incluso a organizaciones mucho más monopólicas que las sanitarias, como la Agencia Tributaria o la FIFA. ¿No resultaría salúfero comparar recaudaciones y actas entre inspectores del mismo tributo ajustando por las bases imponibles de sus demarcaciones? ¿No sería mejor subastar el país que organiza los campeonatos mundiales de fútbol?

- b. Las Entidades de Base Asociativa, evaluadas favorablemente hasta 4 veces en Cataluña, tienen más ventajas que inconvenientes. Entre las ventajas: grupo pequeño (30 personas pongamos) que permite un proceso democrático de decisión; posibilidad de control mutuo de la actividad de cada socio, lo que permite prescindir del control profesional jerárquico; el capital humano —no físico— detenta el mayor riesgo, el reputacional; satisfacción derivada del control de agenda y, en general, sobre el propio trabajo: la frecuentación deja de ser exógena y tampoco la prescripción es inducida. Ciertamente existen inconvenientes potenciales, el más importante el de impedir que eventuales motivaciones de lucro interfieran las decisiones clínicas.
 - c. Es necesario dotar a los equipos de atención primaria de autonomía en la gestión de los recursos humanos y económicos, y fomentar fórmulas de economía social participadas por los profesionales como modelo de organización preferente. Dotar de forma progresiva a los equipos de atención primaria, con o sin personalidad jurídica, de autonomía en la gestión económica y de los recursos humanos (respetando los derechos adquiridos), con direcciones y modelos de asignación económica que favorezcan la responsabilidad en los resultados asistenciales y económicos.
4. Flexibilidad organizativa como derivada de la financiación capitativa y posibilidad de cambio real de médico y centro una vez se homogeniza el terreno de juego para que no ocurra como en Madrid (6). Si la financiación capitativa sigue promoviendo el trabajo de 8h a 15h, no habre-

mos avanzado mucho. Se trata de dar elementos de adaptación de la atención primaria a los ciclos temporales de morbilidad.

5. Refundar la atención primaria y la medicina de familia (21), con incentivos monetarios, pero también de investigación, docencia y desarrollo profesional, y con la redefinición de modos de trabajo, como se viene señalando desde hace años (22).
 - a. Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) es la especialidad con peor pronóstico de déficit en el reciente Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035 (23) realizado por Patri Barber y Beatriz González. En 2028 podrían faltar unos 10.000 médicos de familia en el sistema. Resulta chocante el contraste con Pediatría, pues mientras que con el constante envejecimiento poblacional se precisarán más médicos de familia, en 2035 apenas habrá 5,4 millones de niños en edad pediátrica (hoy 6,8).
 - b. En el 2035 solo el 10% de los médicos de familia tendrán más de 60 años. Ahora 1 de cada 3 tiene más de 60 años. Este rejuvenecimiento debe ir acompañado de una decidida política para revertir la baja cotización de la MFC en las elecciones de los MIR. Se puede romper con el círculo vicioso de baja estima social, formación defectuosa, ingresos reducidos y rivalidad intensa con la parte más espectacular de la medicina, basada en los hospitales. Países como Dinamarca, Holanda y el Reino Unido han roto con ese círculo mediante asociaciones profesionales poderosas con presencia en las universidades y con regulaciones adecuadas. No puede romperse el círculo vicioso sin una organización profesional competente que pueda convencer a la población y a los políticos de los beneficios de una atención sanitaria basada en la atención primaria.
 - c. El indicador más evidente del éxito de estas políticas será cuántos MIR entre los 3.000 primeros eligen Medicina Familiar y Comunitaria, triste reflejo de la baja consideración de la especialidad angular del SNS. Es imprescindible también prestar mayor atención a nuevas profesiones y al papel de la Enfermería, así como plantear y debatir cambios en la especialización y adaptar las convocatorias MIR de acuerdo con una planificación dinámica de necesidades, acabando con la insensatez que supone un sistema que requiere mantener un 20% de profesionales en paro para cubrir las vacaciones del resto.

21. González López-Valcárcel B. Family Medicine in the Crossroads. Risks and challenges. Atención Primaria 2020; 52(2): 65-6.

22. Ortún V. Primary Care at the Crossroads. Gac Sanit 2013; 27(3):193-5.

23. Barber P, López Valcárcel BG. Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035. Madrid: Ministerio de Sanidad, enero 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/2022Estudio_Oferta_Necesidad_Especialistas_Medicos_2021_2035V3.pdf

- d. Discriminar positivamente la MFC con incentivos, reconocimiento/estatus social, ambiente de trabajo estable y agradable, autoridad/control/autonomía que permita controlar la vida propia e influir positivamente en otros. Respeto (24), en suma. Desvincular a los profesionales sanitarios de las limitaciones retributivas del sistema actual vehiculado por la ley de presupuestos. No tener miedo en ofrecer un mayor sueldo a la especialidad de MF ni en priorizar la investigación sobre AP en las convocatorias públicas. Actualmente sólo se puede incrementar un 2% la masa salarial. Esto impide cambios radicales, que promuevan una mayor productividad. No es un problema exclusivo de la AP.
6. Dotar tecnológicamente a los centros de primaria de acceso rápido a recursos diagnósticos. No es sólo que se tenga que incorporar el ecógrafo y la ecografía como técnica propia de la AP; deben poder utilizar plataformas diagnósticas, no necesariamente de su territorio o entidad, si así los resultados llegan más rápido.
7. Como no se trata de ser primaria-céntrico, pues lo que importa es la integración entre niveles, sus rutas y episodios, habrá que coordinarse con otros gestores del paciente una vez se deriven a otro nivel, y seguir que la atención se produce en tiempo y forma y que el paciente está enterado de las listas de espera en su caso. La clave, de nuevo, es establecer quién hace qué según criterios de capacidad resolutive (la mejor expresión clínica y sanitaria de la eficiencia).
 - a. Dotar la AP de sistemas efectivos de teleconsulta con los especialistas de los hospitales, tanto para revisar casos como para visitar pacientes conjuntamente. Esto exige que los hospitales dispongan de espacios específicos y horario de teleconsulta, y la atención primaria también.
 - b. Segmentar los perfiles de pacientes también en función de sus capacidades y acceso digital a medios.
 - c. Tal vez unidades funcionales transversales (25), como propone Jordi Varela.

24. <https://www.youtube.com/watch?v=6FOUqQt3KgQ>

25. Varela J. Unidades funcionales transversales, un reto al alcance. Blog Avances en Gestión Clínica, 24 de mayo de 2021. [consultado el 15 de abril de 2022]. Disponible en: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2021/05/unidades-funcionales-transversales-un.html>

La población parece cada vez más culta, lo cual no impide que la asimetría informativa entre profesionales y usuarios aumente, por muchas webs que se consulten. Se entiende la tentación de explicar cómo una persona con lumbalgia o con ansiedad puede tener un cáncer de colon o una encefalopatía hepática, respectivamente, y que para descartarlo se precisa atención holística y longitudinal; no super-especia-

listas, sino especialistas en medicina de familia y comunitaria. La mejor forma de convencer a la población de las ventajas de la orientación hacia la atención primaria exige, primero, utilizarla y, después, tener una experiencia satisfactoria como la que proporcionan los equipos con alta calidad. Será entonces cuando por un proceso de difusión la mejora se extenderá más allá de los segmentos poblacionales que hasta ahora la han disfrutado.



III. LA SALUD MÁS ALLÁ DE LA ASISTENCIA SANITARIA



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

*Salud pública en atención
primaria.*

Andreu Segura, Joan Guix

Atención sociosanitaria.

Vicente Gea

Salud comunitaria.

Belén Benedé

Redes.

Javier Segura

El aparato sanitario asistencial padece la tentación de pensar que es el factor decisivo para preservar la salud de la población y, sin embargo, y pese a todos los alardes tecnológicos, pesan mucho más determinados factores como la nutrición, las condiciones ambientales y sociales y la higiene en el conjunto de la población que todos los medicamentos y técnicas quirúrgicas, con la excepción, tal vez, de las vacunas. Por tanto, las relaciones del sistema sanitario asistencial con lo extra-asistencial que permite mantener esos factores, tanto del edificio sanitario (la salud pública, la salud comunitaria y el nivel sociosanitario) como fuera del edificio, lo extrasanitario (tal como son el tejido asociativo y representativo), tan a menudo distantes y fragmentadas, deben encontrar vías de encuentro y colaboración organizada.

La salud pública debiera ser fundamental en la elaboración de la estrategia y la asignación de recursos del resto de activos sanitarios. Nada más lejos de la realidad. Compartimentos estancos la mayor parte de las veces, es necesario abordar su coordinación, tanto en la parte directamente asistencial como en la salud comunitaria y sociosanitaria, dirigiendo los recursos hacia la reducción de las desigualdades sociales, que tanto influyen en la salud de la población. Por último, la relación con la sociedad, el mapa de recursos de la comunidad, el humus social que sustenta la maraña de apoyos, es esencial para tejer una red que preste atención a los más frágiles y vulnerables.



¿QUÉ ENTENDEMOS POR SALUD PÚBLICA Y POR ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y CÓMO SE PUEDEN/DEBEN RELACIONAR?

Andreu Segura, Joan Guix

Introducción

A menudo se identifica la Salud Pública (SP) con la sanidad financiada públicamente, lo cual es probablemente consecuencia de la espuria equivalencia entre salud y sanidad, a pesar de que cada vez disponemos de más argumentos para reconocer la importancia de los denominados determinantes sociales de la salud que depende, pues, de la influencia de muchos otros sectores de la sociedad y de las administraciones públicas, desde la educación hasta el trabajo pasando por la urbanización, la movilidad y un largo etcétera.

De ahí que no nos podamos limitar a considerar salud pública sólo aquella parte del sistema sanitario que proporciona servicios colectivos a las poblaciones, ni siquiera añadiéndole la dimensión gubernamental que, por cierto, a menudo cuesta de separar de la anterior puesto que en algunas comunidades autónomas los dispositivos sanitarios bajo la responsabilidad administrativa, básicamente de protección colectiva de la salud comunitaria y de vigilancia epidemiológica, han ampliado sus funciones a algunas actividades de promoción colectiva de la salud de las poblaciones. Por ello, la competencia y la responsabilidad gubernativa de los órganos de SP de las administraciones públicas pueden verse difuminados. Una distorsión que la creación de agencias de Salud Pública puede favorecer, si bien por otra parte puede facilitar la relación entre el sistema sanitario en general y los dispositivos de inspección y control.

Por otro lado, la definición de Salud Pública del Institute of Medicine (1988) considera que SP es lo que como sociedad —no sólo como sanidad— se hace para proteger y mejorar la salud de las poblaciones, definición que casa bien con las consideraciones de Detels y Breslow, para quienes la salud pública es el proceso de movilización e implicación de los recursos

locales, nacionales e internacionales, que garantiza las condiciones para que la población pueda ser saludable. Las acciones a emprender dependen de la naturaleza y la amplitud de los problemas que afectan a la salud de la comunidad. Lo que puede hacerse viene determinado por el conocimiento científico y los recursos disponibles. Lo que se hace es consecuencia de la situación social y política en cada momento y lugar.

En este sentido, la SP incluye también las actividades de diversos sectores sociales de la comunidad, incluidos los servicios colectivos de promoción y protección de la salud de las comunidades, que son los que se acostumbra a reconocer como la Salud Pública en nuestro contexto. Servicios que se organizan habitualmente en órganos específicos de los departamentos de sanidad de las CCAA, distribuidos en áreas o regiones del territorio correspondiente, además de los que corresponden a las administraciones locales, sean municipales o provinciales.

Por su parte, si bien la Atención Primaria (AP) de Salud admite una interpretación global si atendemos a la definición de la declaración de Alma Ata de 1978¹, desde 1984 en España se entiende por Atención Primaria el nivel más básico de la asistencia sanitaria, entonces de la Seguridad Social, y dos años más tarde del Sistema Nacional de Salud. Este nivel corresponde a las denominadas zonas básicas de salud, las unidades territoriales y demográficas en las que se organizan los distintos servicios de salud de las comunidades autónomas. Y la responsabilidad de la atención clínica a la población adscrita a esas zonas básicas —mayoritariamente los residentes de derecho— corresponde a un equipo de atención primaria cuya composición viene determinada legalmente y cuyas funciones se desarrollan principalmente en los denominados centros de atención primaria (CAPs). En general, las poblaciones asignadas a las zonas básicas pueden oscilar entre 5.000 y 30.000 personas, dependiendo de diversos factores.

Comparativamente, la dotación de la AP suele ser muy superior en términos de centros y equipos que la que disponen los dispositivos de SP, cuya referencia territorial sigue siendo la provincia decimonónica, aunque en algunas CCAA se hayan producido algunas adaptaciones. Por ejemplo, en Cataluña, donde continúan existiendo cuatro demarcaciones provinciales con sus diputaciones correspondientes, el Departamento de Salud se divide en siete regiones sanitarias, pero dispone de casi 400 zonas básicas denominadas áreas básicas.

1 La atención primaria de Salud (APS), según Alma Ata, es la Asistencia Sanitaria basada en métodos y tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, que estén al alcance de los individuos, familias y comunidad; a un coste aceptable por la comunidad y el país para que pueda cubrir cada una de las etapas del desarrollo.

Las principales funciones de la atención primaria, además de la asistencia clínica a los pacientes que demanden su actuación, incluyen la orientación a los principales problemas de salud de su comunidad, así como la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. No obstante, y los determinantes sociales de la salud nos lo explican, la salud o la enfermedad de las personas están directamente condicionadas por los aspectos sociales, económicos, etc. Por ello, los esfuerzos para curar o paliar enfermedades originadas en las condiciones de vida, a las que indefectiblemente volverán, tienen poco sentido si no vienen acompañadas de medidas que minimizan o corrigen los factores que las desencadenaron.

Las principales funciones de la salud pública consisten en mejorar la salud y prevenir la enfermedad, al igual que la atención primaria, pero en su dimensión comunitaria. No obstante, la comunidad está constituida por individuos. Atención primaria y salud pública no serán capaces de cumplir con sus objetivos si cada una de ellas sigue su camino en paralelo a la otra. Dos líneas paralelas, por definición, no acabarán por encontrarse nunca. Salud Pública y Atención Primaria son pues, complementarias, y deben ser capaces de contribuir a modificar favorablemente los determinantes colectivos de la salud de las personas y de las poblaciones.

Esta complementariedad no debería implicar integración de servicios, como parece desprenderse de la Declaración de Alma Ata², ya que tanto la atención primaria como los dispositivos de la salud pública de las administraciones autonómicas y locales tienen responsabilidades específicas, ya sea el tratamiento individual de las enfermedades en el caso de la atención primaria, o la seguridad alimentaria en el caso de la salud pública.

Relaciones entre AP y SP de las CCAA

Actualmente, las relaciones entre la AP y la SP se establecen en dos situaciones, una dimensión legal-administrativa de carácter estrictamente formal y otra dimensión más práctica según

2 "La atención primaria comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales".

la voluntad de los profesionales, cuya materialización depende mucho de las circunstancias histórico-políticas de cada uno de los servicios autonómicos de salud³. Las competencias y prestaciones de la SP se distribuyen entre municipios, comunidades autónomas y Estado, mientras que las de la AP dependen de los servicios autonómicos de sanidad. Mientras que la organización territorial de la SP acostumbra a desarrollarse en las demarcaciones provinciales de la administración territorial del Estado, con algunas excepciones, la atención primaria tiene como unidad orgánica la zona básica de salud, organizadas/distribuidas en cada una de las demarcaciones territoriales superiores, áreas o regiones. Además, no se establece ninguna vertebración sistemática entre ambas organizaciones, a excepción de la figura superestructural del Delegado/a de Salud de la provincia o región sanitaria correspondiente, aunque plenamente orientada a la parte asistencial del sistema.

En cambio, en el ámbito de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), en base a la detección y declaración por parte de la atención primaria o especializada de cualquiera de las enfermedades infecciosas contenidas en el listado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria, sí que está establecida una coordinación. A partir de la notificación oficial, transmitida a los servicios de salud pública de la correspondiente Comunidad Autónoma, son estos los que se responsabilizarán, si es el caso, de la identificación y gestión de los contactos que se pudiesen haber producido, además de su control estadístico.

Por otra parte, son muchos los equipos de atención primaria encuadrados en el programa PACAP (Programa de Actividades Comunitarias de Atención Primaria) de la SEMFyC o en la red catalana AUPA (Actuant Units per a la Salut). Si bien estos equipos de atención primaria desarrollan una metodología y unos objetivos encuadrados en rigor en la salud pública (prevención de enfermedad y promoción de la salud), no implican coordinación formal con las estructuras de salud pública⁴.

3 Tradicionalmente son las relaciones entre ambas instancias (funcionarios sanitarios locales; AISNA, etc.) lo que conecta con la tradición internacional de la medicina social, atención primaria orientada a la comunidad, etc.

4 En Cataluña tampoco existe ninguna estructura formal de coordinación, a excepción de las ABS (zonas básicas) integradas en el Programa COMSALUT (Comunidad y salud), iniciado en 2015, que incluyen 16 ABS con una cobertura de unas 350.000 personas, que pretende impulsar la reorientación del sistema sanitario hacia la promoción de la salud y la salud comunitaria, así como la lucha contra las desigualdades y la promoción de las políticas públicas saludables en el ámbito local y que se traduce en una coordinación estrecha entre los equipos territoriales de salud pública y el equipo de atención primaria correspondiente, con una cartera de servicios común y una financiación específica (https://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/comsalut_comunitat_i_salut/).

Procedimientos y mecanismos de coordinación

El ámbito en el que se puede (y debe) establecer una coordinación tiene por lo menos dos dimensiones; una más global entre las instituciones responsables de los servicios de SP y los de AP en el contexto de cada Servicio Autónomo de Sanidad, y otra más local entre los servicios correspondientes del nivel más básico: la zona básica de salud por parte de la AP y la unidad equivalente de los servicios de SP adscritos a los servicios autónomos.

- a) La coordinación global es necesaria para facilitar la coordinación, limitar al máximo los requisitos necesarios para que se pueda llevar a cabo de forma efectiva y eficiente y, desde luego, establecer incentivos para fomentarla.

La atención primaria, a partir de su contacto directo con los individuos de una comunidad, debe ser capaz de detectar aquellos problemas de salud que tengan sus orígenes en los determinantes sociales de la salud y en las inequidades. La salud pública estará, en teoría, más preparada para gestionar problemáticas comunitarias relacionadas con los determinantes de salud, es decir, para identificar y comprender estas causas y para modificarlas, mediante sus contactos con la atención social, en un entorno y con un enfoque comunitario.

Además, la salud pública, especialmente en su dimensión de vigilancia epidemiológica, debe aportar el seguimiento estadístico, la monitorización de la enfermedad y determinantes sociales de la salud y sus tendencias, así como el diagnóstico de sus causas sociales, de modo que pueda orientar y reforzar las actuaciones de promoción colectiva de la salud comunitaria en las que contribuya y colabore con las comunidades, así como en la evaluación de los resultados de las actuaciones sanitarias.

La salud pública será el agente esencial para liderar los diagnósticos de salud comunitarios, así como el impacto en salud de las diversas políticas efectuadas en la comunidad, orientándolas a un propósito salutogénico.

Por otra parte, la atención primaria, en su contacto directo con el paciente y su entorno, proporcionará ocasiones en las que las medidas de prevención de la enfermedad y las actuaciones de promoción de la salud serán complementarias.

- b) La coordinación local, en cambio, debería producirse en un contexto de mayor implicación ciudadana o comunitaria, en el que se pudieran establecer razonablemente prioridades locales con la participación de la sociedad, y programas e iniciativas compartidas sobre las priorida-

des adoptadas, contando con los activos de salud comunitarios, además de los recursos de la AP y de la SP. Por ejemplo, durante la COVID-19 la AP ha tenido incluso que sustituir a la SP, dada la gran debilidad estructural de esta última, lo que en algunos casos ha propiciado complementariedades que deberían desarrollarse en el futuro.

Objetivos conjuntos

En el ámbito global los objetivos deberían ser compatibles con los generales del Servicio Autonómico, es decir, con los de la autoridad político-administrativa competente, pero sin interferir en los objetivos locales, siempre que se trate de objetivos razonables.

En el ámbito local los objetivos deben corresponderse con las prioridades establecidas, teniendo en cuenta los criterios de factibilidad y asumiendo las responsabilidades políticas y éticas correspondientes.

Las prioridades que se pueden establecer deben tener en cuenta la importancia de cada problema abordado y su vulnerabilidad real a las posibilidades de intervención, así como las expectativas y las preferencias de la población. A título meramente ilustrativo, se sugiere la consideración de los problemas que más preocupan a la población local mediante el desarrollo de grupos focales. Pueden utilizarse listados orientativos de problemas con una valoración explícita de si son específicamente susceptibles de intervenciones sanitarias o requieren otro tipo de intervenciones. Los objetivos deben formularse de manera que puedan evaluarse y valorarse si se han conseguido. Convendría insistir en la necesidad de rendir cuentas periódica y formalmente.

Debería tenerse en cuenta la eventual colaboración de la Federación Española de Municipios y provincias (red de ciudades saludables), de la Agencia de Salud Comunitaria, del Programa PACAP y de la red AUPA.

A modo de ejemplo

En el contexto de la promoción colectiva de la salud comunitaria, la colaboración entre la AP y la SP del sistema sanitario, incluidos los servicios de SP de la administración local cuando los haya, puede resultar decisiva como consecuencia de las aportaciones propias de cada uno de estos componentes de

los sistemas sanitarios: la perspectiva salubrista, colectiva, añade valor a la perspectiva clínica de la atención individual, que es en la que debe destacar la atención primaria por ella misma.

El proyecto COMSalud ha implicado a 16 equipos de atención primaria de la red pública catalana que atienden a unas 350.000 personas, mediante la cooperación directa y sistemática de profesionales salubristas integrados en el respectivo grupo motor de cada uno de los programas locales de promoción colectiva de la salud comunitaria, en los que la implicación de los distintos sectores sociales y activos comunitarios de salud es irregular. Se trata de una iniciativa concebida para incentivar, mediante el ejemplo, la coordinación intersectorial y la participación ciudadana que, al menos para los implicados, ha comportado mejoras funcionales (1).

Teóricamente más fácil es la cooperación entre diversos agentes del sistema sanitario, como ocurrió en la Barceloneta entre el EAP y las ocho oficinas de farmacia del barrio para el control de la hipertensión arterial y de la diabetes, con el beneplácito de la asociación de vecinos (2).

En síntesis, la colaboración entre salud pública y atención primaria, pese a ser imprescindible, es en estos momentos escasa, a menudo voluntarista cuando la hay y no prevista, ni planificada ni presupuestada. La inercia del sistema no puede suponer una justificación para esta falta de coordinación y queda en manos de políticos, altos cargos de la administración y profesionales generar las iniciativas necesarias para lograrla.

Bibliografía

1. COMSalut: experiència i futur. Accesible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4043>
2. Segura A. El projecte AUPA Barceloneta. IES: Monografias n12. Barcelona: 2003.

LA RELACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y EL SISTEMA SOCIOSANITARIO

*Vicente Gea Caballero,
Joan J. Paredes-Carbonell,
Beatriz Sánchez Hernando,
Emilia Fernández Fernández,
María Luisa Ruíz Miralles*

Introducción y marco de trabajo: ¿Qué entendemos por atención sociosanitaria desde Atención Primaria (AP)? El rol de la AP, marco normativo y coordinación sociosanitaria

La integración del sistema de atención social y del sistema sanitario siempre ha sido una reivindicación en España, en especial desde el ámbito de la AP, pues presta atención en salud allí donde las personas viven, trabajan y conviven. Esto fue ya abordado en el informe SESPAS 2012 (1), más allá de las iniciativas que en ese sentido se han llevado a cabo desde entonces con propuestas regionales, autonómicas y nacionales. Consideramos que las propuestas de integración sociosanitaria siguen siendo plenamente vigentes, y además este planteamiento está totalmente alineado con la orientación comunitaria que debe tener necesariamente una AP actual y de calidad, enmarcada en el Plan estratégico de la Atención Primaria y Comunitaria. A partir de una definición clásica, proponemos redefinir el espacio de lo sociosanitario para incluir una mayor inversión en la irrenunciable equidad: “Conjunto integrado de servicios y/o prestaciones sociales y sanitarias, públicas y privadas, que se destinan a la rehabilitación y cuidados de personas que se encuentran en diferentes situaciones de dependencia que les impiden realizar actividades personales y/o instrumentales de la vida diaria” (2), añadiendo a esta definición “la atención a colectivos en situación de vulnerabilidad y/o exclusión social”. En este sentido, el “sistema sociosanitario” no debería convertirse en un tercer sistema, sino que debería ser el

Bibliografía

1. Jiménez-Martín S, Vilaplana Prieto C. La interacción del sistema social y el sanitario. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012 Mar 1;26:124-133. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.06.008>
2. Rodríguez Cabrero G, Monserrat Codorníu J. Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia. Observatorio de Personas Mayores, Imserso 2002. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/montserrat-modelos-01.pdf>

resultado de una buena coordinación entre el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales (3).

Entre estos servicios, defendemos a la AP como vertebradora de esa asistencia sanitaria y sociosanitaria en el entorno de vida de las personas, espacios donde impactan los determinantes para la salud, disponiendo los centros de más recursos para poder atender más y mejor estas problemáticas, e incentivando a los profesionales a la atención no sólo de aspectos clásicos, sino considerando los determinantes sociales de la salud, generadores de las diferencias en salud en la población (4).

Si algo ha quedado claro es que la integración es un proceso complejo como consecuencia de la alta variabilidad existente en el ámbito sociosanitario. Independientemente de las normativas autonómicas y la organización sanitaria dentro del marco constitucional y la normativa estatal (Anexo 1), la prestación de servicios a estos colectivos está siendo desigual entre Comunidades, y también por parte de Ayuntamientos, Diputaciones y Consejerías de la misma Comunidad Autónoma, con el riesgo de aparición de posibles vacíos de atención a las necesidades concretas de esta población. En el contexto de residencias asistidas, el hecho de la existencia de centros y residencias públicas vs. privadas, con todo tipo de personal sanitario vs. ausencia de determinados profesionales, con acceso a historias clínicas vs. sin acceso...hace que no exista un único procedimiento de trabajo, mejora y/o desarrollo, sino esa alta variabilidad que refuerza la necesidad de reformar un modelo que la pandemia por COVID-19 ha puesto en evidencia (5). Pretendemos romper la “ley de cuidados inversos”, por la que las personas socialmente desfavorecidas reciben menos atención pese a tener mayor necesidad, con los principios de universalidad proporcional: lograr una cobertura sanitaria universal y más integrada, global. Una AP más sólida y equitativa, centrada en las necesidades, puede mejorar la salud y la desigualdad (6).

La atención a las personas dependientes y con discapacidades desde AP, está expresamente cubierta en la Cartera de Servicios de AP (7), complementada con la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (8) (en adelante Ley de Dependencia), lo que nos recuerda la importancia de la transversalidad en la atención y de la continuidad de cuidados. El informe de evaluación disponible del Sistema Nacional de Salud afirma que más de dos tercios de la población mayor de 80 años no recibió ninguna visita domiciliaria en el año 2017 (9). Ello pone de manifiesto la necesidad de plantear una estrategia para priorizar medidas que fomenten

3. Fundación economía y salud. Hacia un modelo de Atención Sociosanitaria. 2021. Disponible en: <http://www.fundacioneconomiaysalud.org/publicaciones/>
4. Calaf CP, González-Viana A. Herramientas para una orientación comunitaria de la atención primaria: el mejor sustrato para la prescripción social. *Form. méd. contin. aten. prim.*2021; 28(3, Supplement 1):21-32.doi: [10.1016/j.fmc.2021.02.004](https://doi.org/10.1016/j.fmc.2021.02.004)
5. Pinzón-Pulido S, Alonso-Trujillo F, Torró-García-Morato C, Raposo-Triano MF, Morilla-Herrera JC. Experiencias, modelos y claves para la coordinación e integración de servicios sociales y sanitarios. *Enferm Clin* 2016;26(1):3-6. DOI: [10.1016/j.enfcli.2015.08.002](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.08.002)
6. Cookson R, Doran T, Asaria M, Gupta I, Mujica FP. The inverse care law re-examined: a global perspective. *Lancet*. 2021 Feb 27;397(10276):828-838. DOI: [10.1016/S0140-6736\(21\)00243-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00243-9)
7. Ministerio de Sanidad y Política Social. Cartera de Servicios de Atención Primaria. 2010. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/gl/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion Primaria_2010.pdf
8. Jefatura del Estado, España. Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. 2006. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
9. Porcel-Gálvez AM, Badanta B, Barrientos-Trigo S, Lima-Serrano M. Personas mayores, dependencia y vulnerabilidad en la pandemia por coronavirus: emergencia de una integración social y sanitaria. *Enferm Clin* 2021 Feb;31:S18-S23.Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.004>

la actividad y cobertura de los programas de atención domiciliaria y atención a la dependencia.

No existe una única definición de dependencia, pero la Ley de Dependencia la define como el “estado de carácter permanente en el que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal” (6). A esta definición se podría añadir que en estas personas impacta la desintegración social, la falta de relaciones solidarias, entornos poco accesibles o falta de recursos económicos, tanto en personas mayores como en más jóvenes. La dependencia suele asociarse al envejecimiento, pero afecta también a personas con enfermedades cognitivas, víctimas de accidentes, derivadas de patologías que se encuentran en procesos paliativos y/o final de vida que, además, por diversas circunstancias, se encuentran en situación de necesidad social (3). Lo que les une es la necesaria participación de su entorno de cuidados, su red de apoyo y la comunidad en la que viven para poder satisfacer sus necesidades; sin olvidar a las personas en situación de soledad no deseada (10).

Podemos caer en el error de centrar el discurso básicamente en una atención social y sanitaria de los problemas, cuando una de las prioridades de la AP debe ser la llamada “atención global”, más promotora, preventiva y rehabilitadora. Conviene pues no olvidar a las personas frágiles, con comorbilidad, trastornos cognitivos moderados/severos, y en procesos terminales de vida (11). Por supuesto, añadimos también sus familias y/o personas que prestan cuidados profesionales como no profesionales, como núcleo de atención de la atención familiar y comunitaria, e incluso a los proveedores de atención a la dependencia y la discapacidad. Son la prolongación natural del sistema de atención y como tal, un recurso vital del proceso atencional. Las personas cuidadoras son una figura con altas necesidades de formación, cuidados y soporte, que sigue sin tener una asistencia normalizada desde el sistema de salud, con problemas bien conocidos: deterioro de la salud de la persona dependiente y/o de la cuidadora principal, de su calidad de vida, más (y más complejos) problemas y patologías de la salud mental, reducción del tiempo de ocio y/o imposibilidad de incorporarse o mantenerse en el mercado laboral (12).

Pero, además, conviene recordar que basar la atención en programas de atención sociosanitaria y domiciliaria que no contemplen al mismo nivel la atención también psicosocial, puede

10. Rodríguez Rodríguez P, Gonzalo Jiménez E. COVID-19 en residencias de mayores: factores estructurales y experiencias que avalan un cambio de modelo en España. *Gac Sanit* 2021 Oct; 36(3):270-273. DOI:10.1016/j.gaceta.2022.02.003

11. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España. 2011. Disponible en: <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/asociosanitaria2011.pdf>

12. López-Martínez C, Frías-Osuna A, del-Pino-Casado R. Sentido de coherencia y sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión en personas cuidadoras de familiares mayores. *Gac Sanit* 2019; 33(2):185-190. DOI: 10.1016/j.gaceta.2017.09.005

conllevar el riesgo de biomedicalizar en exceso la atención, centrándola en problemas de salud y necesidades físicas, y obviando la integralidad de la persona y su bienestar y confort, y descuidando la atención familiar y también la promoción de la salud y la prevención de nuevos problemas.

Por todos estos motivos, creemos que seguir dirigiendo los esfuerzos de la AP hacia una integración más real, más actual, más comunitaria, participativa y global, debe basarse en un análisis normativo y una serie de propuestas como las que hacemos a continuación. En esa realidad puede ganar protagonismo el ámbito local, los ayuntamientos, como agentes clave de acción local en salud, del que dependen los servicios sociales municipales y el tejido asociativo y el tercer sector, que articulen acciones comunes entre AP y esos agentes clave en la atención de proximidad a las personas más frágiles y a sus cuidadoras. Este es un modelo bien conocido y con buenos resultados aplicado en los países nórdicos o Canadá (5).

Pero en especial, el eje vertebrador de nuestra propuesta se basa en la continuidad del cuidado y la atención y las relaciones entre profesionales, pues aunque en ocasiones está bien determinada, suele carecer de estabilidad, claridad y robustez, como se ha podido comprobar durante la pandemia por COVID-19 (9), donde los domicilios han sido la residencia más segura (5,10).

Es necesario pues un cambio de paradigma al respecto; no es posible demorar más la atención a las personas en situación de dependencia, ejecutada de forma aislada e independiente por cada uno de los sectores implicados. Esto es insostenible y tenemos la obligación ética, moral y social de conseguir la mejora de resultados en salud y bienestar con los costes que la sociedad y el país puedan sostener, incluso en entornos cambiantes como el de la realidad pandémica (10). También es importante evaluar los proyectos en marcha, para replicar los que aportan resultados y satisfacción, y descartar los que aportan poco valor, y no basar las decisiones en posturas ideológicas ligadas a decisiones políticas.

Propuestas de desarrollo de la AP con centros residenciales y otros centros sociosanitarios

A nivel nacional:

- *Elaborar un marco normativo y cartera de servicios común, que promueva la simplificación normativa e integre las prestaciones sociales y sanitarias en todo el*

Estado (1), asegurando el cumplimiento de dicha normativa a través de un cuerpo de inspección y la imposición de sanciones cuando sea necesario.

- *Mejorar la conexión de los sistemas de información sanitaria y social, con tendencia a la unificación, al menos a nivel de Comunidad Autónoma, pero con el objetivo de la integración nacional. Esto debería incluir en un primer momento la información considerada básica entre niveles (conjunto mínimo de datos de interés).*
- *Creación, en consecuencia, de una tarjeta única socio-sanitaria.*

A nivel autonómico/área de salud:

- *Crear un catálogo de centros de atención y residencias indicando sus características sanitarias y sociosanitarias (presencia de equipo sanitario, composición, ratio profesional/residente, grados de dependencia, programas de rehabilitación, atención a personas con algunos tipos de enfermedad, etc.).*
- *Los centros de atención y residencias tendrán que adaptar sus recursos, tanto materiales como humanos, a las características de las personas a las que atienden, precisando más recursos y más específicos aquellos centros que atiendan a personas con mayor complejidad o mayor grado de dependencia.*
- *Constituir comisiones mixtas en cada área de salud con participación del ámbito directivo (social y sanitario) para situar en una agenda común las cuestiones socio-sanitarias más relevantes en el territorio y priorizar acciones a corto, medio y largo plazo.*
- *Creación de equipos multidisciplinares por área de salud (Unidades de Atención Sociosanitaria) que sean responsables de promover la implementación y evaluación de los programas de actuación.*
- *Definir el papel del personal de enfermería, trabajo social y medicina del Equipo de Atención Primaria (EAP), y del personal de enfermería, trabajo social y medicina del centro sociosanitario, estableciendo protocolos de coordinación tanto para implementar programas de prevención y promoción, como para la actuación a seguir ante los problemas de salud más prevalentes y situaciones de urgencia, evitando en la medida de lo posible ingresos hospitalarios innecesarios.*
- *Creación de grupos de mejora de la atención sanitaria en residencias y centros sociosanitarios con participación de las direcciones y equipos sanitarios de estos centros, aten-*

ción primaria y unidades de hospitalización domiciliaria. Estos grupos se crearían a nivel de área de salud, pero se concretarían programas de actuación en cada zona básica de salud que aseguren la continuidad de cuidados.

- *Asegurar la accesibilidad a la historia clínica informatizada de los equipos sanitarios de las residencias y otros centros sociosanitarios, garantizando que la información pueda compartirse entre niveles asistenciales (AP, hospital, servicios de urgencias).*
- *Aplicar las nuevas tecnologías digitales y de comunicación a la práctica profesional entre niveles y ámbitos asistenciales, y también a nivel sociofamiliar desde los centros.*
- *Proponer la equiparación de las condiciones laborales, retributivas y de baremos entre el personal sanitario de residencias y otros centros sociosanitarios con el personal de atención primaria, con el objetivo de estabilizar plantillas y prestigiar el trabajo que realizan.*

A nivel de Centro de Salud (EAP):

- *Designar referentes sociosanitarios en los equipos de atención primaria de medicina familiar y comunitaria, enfermería familiar y comunitaria y trabajo social para coordinar la atención sanitaria entre el equipo y las residencias y centros sociosanitarios.*
- *Creación de vías clínicas para personas en situación de dependencia que incluyan todo el proceso asistencial del ciclo salud-enfermedad, con la participación y coordinación de todos los dispositivos y agentes implicados, tanto a nivel de AP como las diferentes unidades implicadas de atención hospitalaria (unidades de geriatría, medicina interna, cuidados paliativos...), centrando la atención en la persona y su núcleo familiar.*
- *Inclusión de las residencias y centros de atención a la dependencia dentro de la cartera de salud comunitaria de los centros de salud, generando redes de colaboración y participación para la promoción de la salud de todas las personas que conviven en dichos centros.*
- *Realizar programas de formación y actualización dirigidos al personal de residencias y centros sociosanitarios, que pueden ejecutarse de manera conjunta con los planes de formación continuada del personal sanitario del sistema de salud.*
- *Implicar a los profesionales sanitarios de atención primaria en la formación de los profesionales que trabajan en centros de atención a la dependencia y residencias.*

- *Creación de programas permanentes de formación para personas cuidadoras (profesionales y no profesionales) y establecimiento de redes de personas cuidadoras con cada equipo de atención primaria, con el objetivo de adquirir habilidades dirigidas a su propio autocuidado y al cuidado de las personas dependientes.*

PROPUESTAS DE DESARROLLO DIRIGIDAS A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

- *Promover el liderazgo de la AP en la atención a la dependencia y el cuidado domiciliario, para garantizar la integridad de las personas, con un modelo de atención centrada en la persona, y respetar en todo momento las voluntades de las personas dependientes.*
- *Dotación de recursos para conseguir evaluaciones ágiles del nivel de dependencia, donde el objetivo sean las personas y sus familias, sin demoras injustificadas por déficits estructurales o injerencias políticas.*
- *Elaboración de guías de recursos a nivel local, como la creación de un catálogo de centros de atención a la dependencia indicando sus características sanitarias y sociosanitarias (presencia de equipo sanitario, programas de rehabilitación, atención a personas ancianas, atención a personas con algunos tipos de enfermedad...), o la relación de recursos de servicios sociales y comunitarios del ámbito municipal, como los ayuntamientos, centros de día, apoyos vecinales, redes físicas, asociaciones de familiares, pacientes, voluntarios, etc.*
- *Priorizar la residencia familiar o las viviendas tuteladas como modelo dominante de alojamiento, con el apoyo de programas de atención domiciliaria municipales y de AP integrados, ampliando los servicios de atención domiciliaria sanitarios y municipales, exigiendo el cumplimiento de las condiciones y las ratios contempladas en las diferentes normativas.*
- *Respetar en todo momento la voluntad de la persona, dando participación y contemplando sus necesidades, preferencias y expectativas. Especial atención a las personas frágiles y en soledad, con un modelo basado en la valoración geriátrica integral.*
- *Garantizar la continuidad de los cuidados, integrando las intervenciones sanitarias y sociales, incluyendo la conciliación farmacoterapéutica, ampliando los horarios e incluyendo fines de semana y festivos en la atención a los pacientes en situación de dependencia para mantenerlos en su domicilio con el mejor estado de*

salud posible el mayor tiempo posible, evitando así derivarlos a recursos hospitalarios.

- *Creación de equipos multidisciplinares por área o sector sanitario, de apoyo o soporte a la atención a los pacientes en situación de dependencia, que completen el ciclo asistencial sin fragmentación. Potenciar la figura de la enfermera gestora de casos, que debe normalizarse en los equipos de atención primaria, para mejorar la atención a la complejidad sanitaria o social, con el apoyo multidisciplinar de otros profesionales del equipo (10).*
- *Potenciar la figura del trabajador/a social, ampliando la implantación de trabajadoras/es sociales en el ámbito sanitario y en especial en AP.*
- *Aplicar las nuevas tecnologías digitales y de comunicación a la práctica profesional entre niveles y ámbitos asistenciales, en especial para consultas especializadas de seguimiento que permitan la no presencialidad física, con personas y familias.*
- *Extender la teleasistencia a todas las personas frágiles, en soledad y riesgo social.*
- *Establecer sistemáticamente programas sanitarios y sociales de apoyo a familia y a la cuidadora principal.*
- *Establecer sistemáticamente programas sanitarios y sociales de atención al aislamiento y la soledad no deseada (13).*
- *Potenciar, promover y priorizar los programas de atención a pacientes con necesidad de cuidados paliativos en el domicilio.*
- *Realizar programas de formación y sensibilización a todos los profesionales sanitarios de AP sobre la atención a las personas en situación de dependencia.*

Anexo 1. Normativa

La disparidad entre las normativas nacionales y las diferentes normativas autonómicas es un hecho. Sin embargo, que incluso autonómicamente cada área de salud pueda organizarse y planificar diferentes modos de relación entre lo sanitario y lo social, bajo el paraguas de idéntica normativa, no debe ser un factor limitante y deben diseñarse planes y programas de desarrollo de aplicación común, en base a la cartera de servicios de AP existente y con sus posibles actualizaciones.

13. Hernández-Ascanio J, Perula-de Torres LÁ, Rich-Ruiz M, Rol-dán-Villalobos AM, Perula-de Torres C, Ventura Puertos PE. Condicionantes para el abordaje del aislamiento social y la soledad de adultos mayores no institucionalizados desde atención primaria de salud. *Aten Primaria* 2022 Feb;54(2):102218. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102218>

Poco ha cambiado la normativa desde el ya nombrado informe SESPAS 2012. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; y la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, son las principales normativas que regulan la atención a las personas en situación de dependencia; además la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud incluye la definición de la atención sociosanitaria. Y en este sentido, para compartir datos clínicos y accesos digitales con seguridad, también destaca el Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica, que es posible que deba estudiarse si precisa algún tipo de adaptación.

Una de las novedades viene derivada del tejido asociativo que ha emergido desde la iniciativa ciudadana para dar respuesta a las necesidades de las personas con criterios de vulnerabilidad y riesgo de exclusión social. La Ley 43/2015, de 9 de octubre, del Tercer Sector de Acción Social, pretende regular las entidades de este sector para que puedan servir como interlocutor de estas personas en riesgo de exclusión social y la administración, sea sanitaria, social o de cualquier índole.

Recientemente también ha sido aprobada la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Esa supone un enorme reto tanto social como sanitario para el cuidado de las personas en situación de dependencia y procesos finales de vida, ya que refleja la máxima expresión de la capacidad del paciente para expresar su voluntad y que esta sea llevada a cabo.



ATENCIÓN COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ASIGNATURA PENDIENTE

Carmen Belén Benedé,
Concha Herranz

“Desde algo tan esencial como es el derecho de todas las personas al mejor nivel de salud, es preciso reorientar nuestra acción. Desarrollemos desde AP alianzas con población y otros sectores. Consensuemos y prioricemos conjuntamente acciones de salud comunitaria. Dotemos a nuestros servicios de salud de perspectiva salutogénica y equidad. Orientemos nuestra práctica a los determinantes de salud, y a la acción intersectorial. Incluyamos participación, orientación social, y pongamos a las personas y sus comunidades en el centro” (1).

Una cuestión de derechos: La Atención Comunitaria forma parte intrínseca de la Atención Primaria y de su cartera de servicios básicos

En Atención Primaria nos responsabilizamos de las personas y la comunidad en la que viven. Los modelos sanitarios centrados en lo individual y sólo en la demanda asistencial tienen baja efectividad (a pesar de las grandes posibilidades tecnológicas) y baja eficiencia (porque dejan sin abordar las desigualdades, o ignoran las dificultades de acceso a los servicios). No puede comprenderse la Atención Primaria sin la Atención Comunitaria (AC), y así es reconocida en normativas y marcos de nuestro Sistema Nacional de Salud y por sociedades científicas, a través de sus programas comunitarios (2). La Cartera de Servicios de Atención Primaria ha sido desde los años 90 un instrumento clave para la organización de la atención y la gestión de la AP en España, así como para la introducción de criterios de calidad explícitos en las prestaciones sanitarias ofrecidas a la población desde el primer nivel de atención. La AC es un servicio en la Cartera de Servicios del SNS de Atención Primaria desde 1995 (3). Por tanto, es un derecho de la población y, como tal, es obligación de todos los sistemas de salud de

Bibliografía

1. Benedé CB, Aguiló E, Soler M Atención y orientación comunitaria AMF 2021;17(5):244-249
2. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? Programa de Actividades Comunitarias de Atención Primaria de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Disponible en: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2012/11/recomendaciones-pacap.pdf>.
3. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Instituto Nacional de la Salud. Madrid, 1995. ISBN: 84-351-0355-2

4. Benedé Azagra CB, Paz MS, Sepúlveda J. La orientación comunitaria de nuestra práctica: hacer y no hacer [Community orientation of our practice: Do and do not do]. *Aten Primaria*. 2018 Oct;50(8):451-454. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2018.09.004. PMID: 30266178; PMCID: PMC6837000.
5. March S, Ripoll J, Jordan Martin M, Zabaleta-Del-Olmo E, Benedé Azagra CB, Elizalde Soto L, et al. Factors related to the development of health-promoting community activities in Spanish primary healthcare: two case-control studies. *BMJ Open*. 2017 Oct 8;7(10):e015934. doi: 10.1136/bmjopen-2017-015934. PMID: 28993380; PMCID: PMC5640008.
6. Benedé Azagra CB. Actividades Comunitarias Desarrolladas en la Atención Primaria de Salud a través de los Equipos de Atención Primaria de Aragón Universidad de Zaragoza; 2015. Tesis doctoral. Premio Isabel Fernández semFYC 2008. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=1215222>
7. March S, Jordán M, Montaner I, Benedé CB, Elizalde L, Ramos M. ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto frAC. *Gac Sanit*. 2014;28(4):267-73.
8. March S, Torres E, Ramos M, Ripoll J, García A, Bullete O, et al. Adult community health-promoting interventions in primary health care: A systematic review. *Prev Med (Baltim) [Internet]*. 2015 Jul [cited 2015 Oct 12];76 Suppl:S94-104. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743515000183>.
9. Egea A, López MV, Castillo M. Evidencia(s) en salud comunitaria: integrando significado, contexto y medida *AMF* 2021;17(5):297-303.
10. Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid, 2021.

todas las autonomías. Se entiende como AC “*al conjunto de actuaciones con participación de la comunidad, orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificando los recursos comunitarios disponibles, priorizando las intervenciones y elaborando programas orientados a mejorar la comunidad en coordinación con otros dispositivos sociales y educativos*” (4). Para la implantación de esta, es preciso en primer lugar la reorientación comunitaria de la atención en todos los niveles que se lleva a cabo y, en segundo lugar, pero no menos importante, conseguir la implicación activa de personas, familias y la comunidad. Así mismo, es deber de los poderes públicos velar por reducir la inequidad existente en España en la implantación de la AC, ya que es un servicio común de cartera básica de AP que ofrece el SNS, pero que no en todas las CCAA se desarrolla o se implementa de forma adecuada. Esto produce un menoscabo del derecho, un fraude de ley y también una variabilidad en la práctica que se suple, en parte, con un aumento de las acciones voluntaristas profesionales. Los servicios de cartera que se ofrecen desde el sistema sanitario no se pueden realizar con voluntarismo, sin recursos o sin metodología, ya que supone una merma de la calidad en la atención que como instituciones al servicio de la población hemos de dar. Por ello es urgente que la AC se refleje en acuerdos y herramientas de gestión, y cuente con los medios necesarios de formación, asesoramiento, apoyos técnicos, evaluación, investigación y, por supuesto, con presupuesto (5). Así mismo, se deben definir mejor las tareas comunitarias esperadas de cada profesional, y proporcionar estabilidad laboral para dar continuidad a los procesos (6). El desarrollo de la AC y la participación comunitaria que ésta necesita para desarrollarse va asociada al progreso sanitario, económico y social de un territorio, y por tanto están ligadas a mejores resultados en salud, lo que cuenta con evidencia suficiente (7-9).

Y a pesar de su inclusión teórica en la reforma de la sanidad en España, realmente la AC sigue siendo un reto, un cambio de paradigma y modos de hacer de toda la organización sanitaria, social y política de una sociedad con respuestas coordinadas en todas las políticas (10). La incidencia política y social hace necesario un apoyo institucional real, no de fachada, que esté presente en los planes de salud de los gobiernos autonómicos de nuestro Estado, en los que se deben abordar los problemas que nos afectan de una forma integral; tanto los que ya conocemos (soledad, enfermedades crónicas, envejecimiento, inmigración, etc.), como los nuevos (COVID, etc.).

Existen modelos muy concretos y estrategias de este desarrollo en distintas CCAA como Aragón, Extremadura o Cataluña, entre otras, que están demostrando que es posible y viable, que hay métodos innovadores y que ofrece resultados medi-

bles (11-13), a nivel macro, meso y micro. No sirve la recomendación de activos como un catálogo o vademécum, sin que vaya acompañada de un proceso de gobernanza local.

Los **Activos para la salud** se mostrarían como recursos generales de resistencia para superar las dificultades frente a la desigualdad, y como esenciales para articular la búsqueda de capacidades y habilidades hacia lo que genera salud, mejora la estima personal y aumenta la capacitación individual y colectiva; todo ello deriva en consecuencia en una menor dependencia del sistema sanitario.

La **Recomendación de Activos para la salud** que se pretende impulsar desde estos nuevos marcos estratégicos actuales para la atención primaria incluye la creación de mecanismos formales que puedan proporcionar ciertas herramientas alternativas no clínicas de atención, o que nos permita recomendar, en el marco de una relación terapéutica, activos para la salud existentes en la comunidad (14). Para desarrollarla es clave la coordinación con otros sectores importantes en el bienestar, de los iguales, de los no expertos. Hablamos de modelos capacitadores de atención, de modelos intersectoriales, de modelos de cuidados.

Y dentro de esta intersectorialidad, la recomendación de activos no puede desligarse de la cartera de Atención Comunitaria de la Atención Primaria. Aunque sea una herramienta a desarrollar por los profesionales sanitarios y no sanitarios de un centro de salud, se precisa de un proceso de orientación comunitaria y participación para realizarla con calidad; precisa de acciones científico-técnicas adecuadas, de guías y experiencias acreditadas, con recursos y presupuesto. Se trata de optar por modelos capacitadores que puedan disminuir la dependencia del sistema sanitario, la medicalización y la mejora en la coordinación de los agentes en un territorio. Existen modelos con contundente presupuesto en países de nuestro entorno (15), así como acciones llevadas a cabo por nuestros servicios sanitarios en los distintos territorios desde Atención Primaria o Salud Pública.

Determinantes sociales de la salud en el centro de la atención primaria

Para desarrollar la atención comunitaria, pero también la individual, familiar y grupal, es fundamental tener en cuenta los **determinantes sociales** y cómo estos se distribuyen en nuestras zonas básicas de salud, así como la equidad en la atención, el colectivo vulnerable, etc. Estos factores son clave para pro-

11. Programa Cuidarte y Promoción de la Autonomía Personal Gobierno de Aragón <https://www.aragon.es/-/mayores.-cuidarte-y-la-promocion-de-la-autonomia-personal>
12. COMSalut: comunitat i salut. Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). https://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_la_gencat/comsalut_comunitat_i_salut/15-
13. Proyecto Progreso. Área de Salud de Badajoz. https://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/atencion_primaria/documentos/centros_salud/PROYECTO_PROGRESO.pdf.
14. Recomendación de Activos para la Salud en Atención Primaria. Estrategia Atención Comunitaria en Atención Primaria. Gobierno de Aragón <https://atencioncomunitaria.aragon.es/2018/09/25/recomendacion-activos-para-la-salud-en-atencion-primaria/>
15. Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open*. 2017;7:e013384.

poner la asignación de recursos (profesionales, materiales y económicos) y para proponer cualquier acción en relación con la AP. Y es clave que desde las Direcciones de Atención Primaria y gerencias se faciliten acciones dirigidas a promover la participación de las administraciones locales en colaboración con los centros de salud para la promoción de salud, la participación comunitaria y, por ende, el desarrollo de la atención comunitaria (16).

Propuestas (una vez más y las veces que hagan falta) para que no haya más brindis al sol

La Estrategia D del Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria (17) tiene como objetivo *“pasar a un paradigma en el que las personas, las familias y la comunidad sean las verdaderas protagonistas y en el que las y los profesionales de la salud y de otras áreas y agentes de la comunidad participen de manera coordinada y planificada en el abordaje de los problemas de salud, las necesidades, vivencias, valores y expectativas de las personas, de acuerdo con su contexto biopsicosocial, con una mirada que vaya más allá de la enfermedad y teniendo como eje transversal la promoción de la salud y la prevención”*.

Apoyando esta conceptualización, desde el Programa de Actividades Comunitarias de Atención Primaria se propone una serie de acciones globales basadas en varios aspectos fundamentales.

- *A pesar de las evidencias ya disponibles, es necesario revisar las experiencias y estrategias existentes en AC en las distintas comunidades autónomas, es bueno conocer lo que se hace, comprobar la calidad y efectividad de lo que se hace, compartir experiencias, etc.*
- *Es necesario que en las carteras de servicios de atención primaria básica y que en las carteras de AP autonómicas se contemple la Atención Comunitaria, con asignación de presupuesto para los proyectos de AC que desarrollen los equipos de AP, de forma finalista y evaluable.*
- *De manera complementaria hay que desarrollar herramientas de gestión de las AC para su cumplimentación y evaluación, dentro de los contratos programa, acuerdos de gestión y otros elementos de gestión, con indicadores específicos y con apoyo formativo, de asesoramiento, técnicos y presupuesto para ello.*

16. Casseti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ, por el Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS. Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Zaragoza: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social – Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2018. 65 p.

17. Marco estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Madrid. 10 abril 2019 http://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf

- *Incluir específicamente la Recomendación de Activos para la salud en la Cartera de Servicios con indicadores específicos para su implementación. Incluir en la historia clínica informatizada de AP la recomendación de activos, y enlaces a las herramientas de visibilización de activos y recursos de los territorios para crear alianzas y redes.*
- *Promover la creación en los equipos de atención primaria de Referentes y Grupos de Atención Comunitaria multidisciplinares, que puedan facilitar el proceso de reorientación comunitaria del equipo, la puesta en marcha del servicio de AC en la cartera de servicios, y puedan incluirse en Consejos de Salud o Grupos de participación intersectoriales de promoción de salud y salud comunitaria de los territorios. Existen modelos teórico-prácticos y metodología, así como CCAA que ya lo están desarrollando. Estos grupos deben ser reconocidos por el sistema a efectos de gestión, baremación en bolsas de trabajo o procesos selectivos, o carrera profesional.*
- *Potenciar y apoyar el desarrollo de los Consejos de Salud y/o los grupos intersectoriales de participación comunitaria de redes locales de salud donde estos no existan, para que en ellos se desarrolle la Atención Comunitaria y la Salud Comunitaria. Facilitar, con legislación, tiempo y recursos, la participación de Atención Primaria (Grupo de Atención Comunitaria del centro de salud, coordinadores y responsables de Centro y/o profesionales designados), de Salud Pública, de otros servicios e instituciones, del tercer sector y de la población.*
- *Incluir de forma específica la AC en la agenda de Atención Primaria, con tiempo específico y flexibilidad laboral para el desempeño de las actividades comunitarias, y coordinación con recursos y activos para la salud de la zona, y así evitar el voluntarismo profesional.*
- *Dotar de los recursos humanos necesarios para el desarrollo comunitario en Atención Primaria, teniendo en cuenta los índices de privación y los determinantes de salud de las poblaciones y definiendo las tareas, capacidades y competencias de cada uno de los participantes de este desarrollo comunitario. En este sentido:*
 - *Se precisa que medicina familiar y comunitaria pueda tener tiempo en su trabajo diario para las actividades comunitarias, con la misma importancia que se da a las agendas asistenciales.*

- *Hay que destacar el papel que las enfermeras especialistas en Familia y Comunitaria pueden y deben realizar para contribuir al desarrollo de este servicio.*
- *Así mismo es muy importante el papel de las trabajadoras sociales de los EAP, siendo necesaria la contratación de al menos una/un trabajador social en cada EAP que promueva la cooperación mutua del centro de salud y los Servicios Sociales, la intersectorialidad y la participación comunitaria en salud.*
- *También es fundamental potenciar el papel de las unidades administrativas de los centros de salud como agentes de salud, dada su implicación en la accesibilidad y detección de necesidades.*
- *Aprovechar el potencial de otros perfiles profesionales en Atención Primaria como fisioterapeutas, matronas u otros nuevos. Se deben definir en los contratos-programa las tareas comunitarias esperadas de cada profesional y equipo, y proporcionar estabilidad laboral a dichos profesionales.*
- *Incorporar en los programas comunitarios a los profesionales sanitarios que trabajan activamente en la comunidad con pacientes, como farmacéuticos comunitarios, ópticos, dentistas o psicólogos.*
- *Incluir una línea específica en formación en AC en todas las gerencias de Atención Primaria, evaluable en procesos selectivos, desempeño y carrera profesionales, en la que se incluya a todo el personal del EAP.*
- *Establecer objetivos específicos anuales pactados en los contratos de gestión de cada EAP garantizando la colaboración de Salud Pública en el diagnóstico de salud, mapeo de activos y puesta en marcha de la agenda comunitaria en cada ZBS. La atención comunitaria es el espacio natural de trabajo conjunto con Salud Pública y otros profesionales y agentes de salud de la zona.*
- *Facilitar la investigación en el campo de la Atención Comunitaria y la Orientación Comunitaria de AP para la mejora de resultados, la evidencia y la transferencia a la práctica de los profesionales de atención primaria. Incluirlo como indicador en las herramientas de Gestión.*

Existen propuestas de acciones específicas con indicadores muy concretos para cada uno de los objetivos que hemos propuesto.

Esperamos que sean realizables para poner en valor la Atención Comunitaria que nuestro sistema de salud necesita.

REDES

Javier Segura del Pozo

La orientación comunitaria de la atención primaria (AP) y la salud pública (SP) se ha convertido para muchos en un horizonte utópico. En parte es debido a las dificultades semánticas sobre qué entendemos por *comunidad y salud comunitaria*, que impiden hacer una buena traducción operativa de los cambios que debemos introducir en nuestros sistemas de salud para alcanzar esta orientación. A pesar de la escurridiza polisemia de estas palabras, podemos reconocer un cierto consenso sobre su significado que gira alrededor de dos conceptos: uno es el de *territorialidad* y otro el de *vínculos*; especialmente: los vínculos sociales y su relación con la salud (1). Desarrollamos hoy aquí el segundo.

“Hacer comunitaria” tendría que ver con crear y reforzar los vínculos que favorecen relaciones significativas entre las personas que habitan un territorio y de ellas con el propio territorio (2). De tal forma que se promocióne la ayuda mutua en la vida cotidiana del barrio o pueblo y el abordaje de sus determinantes sociales de la salud. Esta labor de tejer o reforzar vínculos se sustancia en el imaginario de *una red*. Crear y fortalecer redes sería una tarea de la salud comunitaria, lo que a su vez exigiría trabajar *en red y con redes*. Si admitimos nuestro interés por las redes, solo nos queda saber qué nos falta en nuestro trabajo cotidiano de AP y SP para alcanzar este objetivo.

Trabajar en red y con redes

Trabajar en red y con redes no es fácil, porque impugna muchos de los paradigmas y actitudes implícitos en nuestra práctica y formación. Especialmente, señala la necesidad de organizarnos con esquemas más horizontales y menos jerárquicos, así como renunciar al pedestal del saber médico-científico, practicar el *cruce de saberes* (profesionales y legos) (3) y saltar por encima de las múltiples barreras y zancadillas que dificultan la tan invocada interdisciplinariedad y la tan perseguida colaboración interinstitucional.

Trabajar en red implica básicamente hacer previamente un análisis del poder (el nuestro, como personas y profesionales, y

Bibliografía

1. Segura del Pozo, J. “Salud Comunitaria”. En: Dolors Junvent (cords): *Atención Primaria y Salud Comunitaria*, Universitat de Girona, Girona, 2022 (en proceso publicación)
2. Godás, X. “De las comunidades a la acción social”, *Zerbitzuan*, n° 76, marzo, 2022, pp. 99-108. Accesible en: http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/De_las_comunidades_a_la_accion_social.pdf?s=03
3. *Tejiendo Salud. Guía para la Acción Colectiva desde Realidades de Pobreza*. Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid, Madrid, 2018. Accesible en: https://madridsalud.es/publicaciones/saludpublica/Guia_Tejiendo_Salud.pdf

el de la institución en la que trabajamos) y acertar con cómo gestionamos este poder para establecer vínculos democráticos y operativos con otros agentes que son activos de la salud de una comunidad. Trabajar en red y con redes supone una cura de humildad, no solo por esa renuncia narcisista al poder del que somos investidos como profesionales sanitarios, sino por la toma de conciencia de las insuficiencias de formación y herramientas que arrastramos. Estas inseguridades nos impiden encontrarnos a gusto en nuevos escenarios de nuestra práctica profesional, muy alejados del refugio en la comodidad aprendida de la consulta individual de la AP o del puesto del ordenador con su base de datos de la SP.

Por lo dicho hasta ahora, cuando hablemos de redes debemos diferenciar tres niveles: redes profesionales, redes institucionales y redes ciudadanas, además de la interrelación entre las tres.

La red del equipo de salud

Para empezar a trabajar con redes y en red debemos empezar por “nuestra casa”, es decir, por el equipo de salud. Si las redes se basan en vínculos, como dijo Bauleo, antes de pasar a trabajar en otras *redes de microsolidaridad* (4), debemos revisar los vínculos en el propio equipo de salud. Para ello, más allá de las actividades individuales de cada uno y de las funciones institucionales asignadas, se debe disponer de espacios comunes tranquilos (blindados a las contingencias cotidianas de la demanda), con tiempos suficientes, adecuada coordinación y claros encuadres periódicos de reunión, que permitan el proceso de construcción del equipo, a partir del centramiento en su tarea, y desemboquen en la definición del proyecto común.

El esclarecimiento de las dificultades emocionales e intelectuales para la tarea dentro del equipo es un magnífico aprendizaje para el trabajo en red con el vecindario y con otros dispositivos profesionales e institucionales. Un equipo que es capaz de pasar por ese proceso interno está más “esponjado” para la escucha en el exterior del centro. O, si lo prefieren, para el trabajo *extramural*. Un equipo que descubre las sinergias ocultas entre sus propios miembros y sabe identificar y superar sus prejuicios, estereotipos y malentendidos, está más capacitado para estar atento a potenciales colaboraciones con agentes externos y para cuidar la adecuada comunicación con los mismos. Aprender a cooperar dentro facilita el apoyo a las dinámicas de cooperación en el vecindario, base de la salud comunitaria.

4. Bauleo, A. “Las redes de microsolidaridad” (II Seminario Internacional de Política Social «Gumersindo de Azcárate», 1992), publicado en la Hemeroteca de *Area 3* (Asociación para el Estudio de Temas Grupales, Psicosociales e Institucionales). Accesible en: http://www.area3.org.es/uploads/Las_redes_de_microsolidaridad.ABauleo_1.pdf

Redes interdisciplinarias

La salud comunitaria exige abordar la complejidad implícita en los procesos de salud y enfermedad en un territorio, inalcanzables desde los esquemas referenciales de una sola profesión o desde la mirada y recursos de una institución o servicio público determinado. Se impone la suma de esfuerzos y la coordinación de actuaciones. Desde lo profesional nos encontramos con la dificultad del vínculo interprofesional (mayor cuando es claramente interdisciplinario, como por ejemplo entre profesionales de la medicina, enfermería, psicología, trabajo social, pedagogía social, sociología, antropología, etc.). Es todo un aprendizaje, más teniendo en cuenta que la deriva de las últimas décadas ha sido crear nichos monoprofesionales (de las clásicas profesiones sanitarias, que no suelen incluir a las de las ciencias sociales), apenas relacionados a través de “interconsultas” o del ocasional análisis de casos. Pasar de este análisis esporádico de casos al análisis común y periódico de los retos del vecindario y de la identificación de las oportunidades de intervención, es un gran trecho que se topa con múltiples dificultades.

Redes interinstitucionales

Parte de ellas son de orden institucional, pues no es raro que por la propia composición homogénea y oligoprofesional de los dispositivos institucionales (enfermeras y médicas en los centros de salud, trabajadoras sociales en los centros sociales, psiquiatras, psicólogos y educadoras sociales en los centros de salud mental y en la red de rehabilitación psicosocial; licenciados de educación física en los centros deportivos; sociólogas, antropólogas, artistas y arteterapeutas en la universidad, institutos de investigación o entidades culturales, etc.), la interdisciplinariedad solo se consigue mediante la interinstitucionalidad. Claros ejemplos son las mesas de coordinación escolar, de infancia, del mayor o por la inclusión social, que están presentes en muchos de nuestros barrios y pueblos; a partir de las cuales, no solo se consigue que unas instituciones no se *pisen* entre sí, sino generar proyectos comunes basados en las capacidades y talentos multidisciplinares presentes.

Pasar del no molestarse a crear algo en común exige evitar el potencial choque de las instituciones a las que representamos en esos espacios; o, con otras palabras, domesticar la institucionalidad que tenemos *inyectada en nuestras venas*.

Ello se facilita cuando desde la institución se reconoce, prioriza y se da importancia al trabajo en estos espacios de coordinación o elaboración, en vez de depositarlo en la voluntariedad o apetencia de un profesional o de una profesión (generalmente, enfermería o trabajo social, en el caso de los centros de salud). En caso de basarse en la voluntariedad, tenemos además el riesgo añadido de la fácil confusión entre activismo y profesionalidad, que dificulta que la propia institución de origen asuma los compromisos de acción que sus profesionales acuerdan en esos espacios. Además de arriesgar la sostenibilidad en el tiempo de los proyectos comunitarios generados, condicionados por la presencia o ausencia en el territorio del profesional voluntarioso o el “queme” definitivo del mismo.

Recapitulando, el primer reto es generar la red del equipo; el segundo, la red interprofesional (con profesiones de dentro y fuera del centro) y el tercero, la red entre instituciones. En cada una de estas redes, hay dificultades comunes y específicas para tejer vínculos sólidos y eficaces, relacionados con las relaciones de poder, las emociones, la comunicación y la disponibilidad de tiempo de calidad para generar procesos de aprendizaje.

5. *Redes comunitarias en la crisis de Covid-19*. Ministerio de Sanidad, Madrid, 30 de abril de 2020. Accesible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/ImplementacionLocal/Redes_comunitarias_en_la_crisis_de_COVID-19.pdf
6. Segura del Pozo, J. “Individual, grupal y comunitario: revisando un esquema de la Salud Comunitaria”, *Comunidad*, noviembre 2019;21(3):1. Accesible en: <https://comunidad.semfycc.es/individual-grupal-y-comunitario-revisando-un-esquema-de-la-salud-comunitaria/>
7. *Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida*. Ministerio de Sanidad. Madrid, 2021. Accesible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Guia_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf

Redes vecinales

Hemos dejado para el final (*the last, but not the least*), las redes vecinales. Es decir, los vínculos de solidaridad y ayuda mutua que se establecen en el vecindario para enfrentarse a las amenazas a la salud colectiva y para cuidar y fortalecer los activos en salud (5). Muchas de estas redes vecinales se apoyan o se entrelazan con redes profesionales e institucionales, no siendo raras las redes *híbridas*. Trabajar con y en estas redes exige unas habilidades especiales para el profesional de la salud, incluyendo el saber trabajar en ámbitos extramurales, en encuadres no individuales (grupales, assemblearios y, especialmente, informales), y siempre desde una perspectiva comunitaria (6) ligada a una actitud favorecedora del protagonismo central de la ciudadanía, sin menoscabo de la necesaria asesoría y apoyo profesional a la comunidad (7).

Una vez expuesto el modelo de redes que tenemos en la cabeza, es fácil pasar a identificar las oportunidades de mejora presentes en nuestro sistema de salud, especialmente en la AP y SP, para *enredarnos* bien a favor de la salud:

Propuestas para tejer redes

Las categorizaremos en formativas, organizativas, profesionales y políticas.

1º Formativas:

- a) *Se impone una revisión en profundidad de la formación de los profesionales de la salud que facilite que dispongan de conocimientos y metodologías adecuadas para el trabajo en red y con redes. De lo contrario, cualquier proceso de cambio en equipos con una formación predominantemente clínica exige largos procesos, no solo de aprendizaje, sino de “desaprendizaje” de los sesgos bioclínicos e individualistas de los equipos, que dificultan y retrasan el paso de las batas a las botas (8).*
- b) *En la formación universitaria pregraduada y particularmente en la especializada (MIR/EIR, masters, etc.), deben introducirse no solo contenidos teóricos (prevención y promoción de la salud, equidad en salud, perspectiva de género, nutrición, educación física, urbanismo social, sociología urbana, antropología, psicología social, evaluación de políticas públicas, análisis institucional, etc.), sino metodológicos (programación y evaluación, métodos de investigación social y antropológica, abordajes salutogénicos-mapas de activos en salud, paseos saludables-derivadas urbanas, técnicas de promoción de actividad física, gestión de huertos urbanos, movilización comunitaria, dinámicas grupales y asamblearias, procesos participativos, mediación de conflictos, interculturalidad, dinámicas de prevención de violencia, xenofobia y estigma, matrices de poder, mediación artística (9), acompañamiento terapéutico, intervención desde la informalidad en los escenarios de la vida cotidiana, trabajo con adolescentes, comunicación social, etc.), en diferentes grados de profundidad, según cada itinerario profesional o ámbito de acción específico, pero buscando un acervo común mínimo que favorezca la interdisciplinariedad y el conocimiento de la caja de saberes y herramientas disponibles.*

2º Organizativas:

- a) *Al interno del centro de salud: Disponibilidad de tiempos legitimados para el trabajo en equipo y de programación, ejecución y evaluación de proyectos comunitarios, independientes del tiempo para el trabajo individual y a demanda (especialmente, de la demanda clínica o de atención al caso).*

8. Botella Diaz, B. “Entrevista a Javier Segura”. *Comunidad*. Noviembre 2017;19(3):6. Accesible: <https://comunidadsemfyc.es/entrevista-a-javier-segura-del-pozo/>

9. Ávila, N., Claver, L., Larraín, C., Azcona, C., Segura, J., Martínez, M. “Art, health promotion and community health: constructing the ‘Madrid Salud’ model”. *Journal Applied Arts and Health*, Issue 10.2, 10th anniversary volumen, 2019.

b) *Al externo del centro, pero responsabilidad de la institución:*

- *Registro de estas actividades grupales, comunitarias y logísticas en el sistema de información y su valoración equivalente al trabajo a demanda en la evaluación del desempeño.*
- *Contratos dignos que prevengan la precariedad, la movilidad extrema y la falta de continuidad de los profesionales que sostienen los proyectos.*
- *Apoyo financiero mínimo a los proyectos comunitarios (gastos corrientes).*
- *Eliminación de las barreras administrativas (cuerpos de funcionarios y bolsas de empleo limitados a ciertas profesiones sanitarias) para la contratación de las "otras profesiones" (educadores sociales, de calle, mediadores socioculturales, artistas y arteterapeutas, monitores deportivos, nutricionistas, etc.).*
- *Apoyo institucional a la comunicación y difusión de los proyectos.*

c) *Organización territorial: el trabajo comunitario no se puede hacer solo desde los "servicios centrales" y exige una presencia institucional en el territorio, que favorezca el trabajo en proximidad y la adaptación a las especificidades de cada territorio. Esto no solo atañe a la AP, sino a la SP que también ha sufrido ciertas dinámicas centralizadoras y estandarizadoras que no valoran suficientemente el trabajo comunitario. Basta poner como ejemplo el reciente desmantelamiento de los servicios territoriales de salud pública de la Comunidad de Madrid (10).*

d) *Facilitación de la cooperación interinstitucional e intersectorial: establecimiento de acuerdos con otras instituciones que faciliten y promuevan la coordinación desde abajo (desde el territorio). Por ejemplo, acuerdos entre departamentos de sanidad y de servicios sociales, educativos o deportivos; acuerdos entre administraciones autonómicas y locales (ayuntamientos); convenios con universidades y centros de investigación; acuerdos de las instituciones sanitarias con federaciones de asociaciones de vecinos, fundaciones o asociaciones de grupos específicos (migrantes, mayores, enfermos crónicos, pueblo gitano, etc.).*

10. SESPAS: Posicionamiento SESPAS en relación a la centralización de los servicios de salud pública de la Comunidad de Madrid y al cierre de los centros de área y distrito. 15 de marzo de 2022. <https://sespas.es/2022/03/16/posicionamiento-sespas-en-relacion-a-la-centralizacion-de-los-servicios-de-salud-publica-de-la-comunidad-de-madrid-y-al-cierre-de-los-centros-de-area-y-distrito/>

3º Profesionales:

a) *Revisión de la ley de profesiones sanitarias de forma que considere no solo la práctica clínica, sino las propias de*

la salud comunitaria, de manera que sea más inclusiva con profesiones sociosanitarias y de las ciencias sociales.

b) Promoción de espacios de encuentro multiprofesionales e interdisciplinarios: congresos y jornadas “intertribales” y apertura profesional de las “sociedades científicas” y revistas “médicas”.

4° Políticas:

Promoción de espacios de deliberación vecinal (apoyo a centros cívico-sociales, apertura de centros comunitarios al uso de grupos vecinales), innovación social (laboratorios ciudadanos) y participación en políticas públicas (presupuestos participativos, planes de barrio, etc.).



CONCLUSIONES

La diversidad y la pluralidad son esenciales en la conformación de la atención primaria. Estos artículos son una muestra de ello. Cada uno marca el acento en aspectos propios que apuntan a propuestas particulares de las que se pueden extraer, pese a ello, ciertos patrones comunes.

En primer lugar, la necesidad expresada reiteradamente de mayores recursos materiales y humanos pero ligados a una reevaluación de las competencias. El desarrollo profesional genera una evolución de las competencias y de los saberes y aptitudes que deben adaptarse a las nuevas necesidades y a las nuevas posibilidades tecnocientíficas. Estas deberían influir en qué puede hacerse en atención primaria en las próximas décadas, y que en buena medida pasa por un aumento de las competencias, que a su vez deberían ser eficientes y no duplicar esfuerzos con otros ámbitos de atención. Este propio desarrollo competencial abre la puerta a una reorganización del trabajo dentro de la propia atención primaria. La división rígida típica de las actuaciones profesionales propias del siglo XX va orientándose a una práctica colaborativa donde, sin perder de vista las competencias propias de cada profesional, las actuaciones conjuntas y el tratamiento global de las personas debe marcar la pauta. La tensión entre los conflictos por intrusismo y las actuaciones eficientes de cara a la persona atendida serán una constante que no queda otro remedio que gestionar por el desarrollo práctico. Para ello es preciso no hablar en general. Existen centros de salud excelentes y otros manifiestamente mejorables.

En segundo lugar, uno de los principales problemas de la AP es la situación de sus profesionales de Atención Familiar y Comunitaria (AFyC), cuya valoración debe mejorarse positivamente con incentivos, reconocimiento social, ambiente de trabajo estable, con liderazgo y autonomía de gestión. Por ejemplo, la difícil cobertura de las plazas de los Médicos de Familia (MFC) nos acerca a una crisis de sostenibilidad del sistema. Es necesario mejorar la retribución a los profesionales de AP sobre todo en ámbitos de difícil cobertura, potenciar su formación y discriminar positivamente la investigación en AP. El grave déficit previsto de profesionales puede salvarse en unos años, especialmente si se recuperan los MFC trabajando en Urgencias o las enfermeras especialistas que actualmente trabajan en unidades o servicios hospitalarios por no estar definidas las plazas de especialistas. Pero fracasaremos si no somos capaces

de negociar las condiciones de trabajo adaptándolas tanto a las condiciones del lugar como a las demandas de conciliación.

Finalmente, la optimización de la gestión de estos recursos humanos y materiales es imprescindible para una sostenibilidad del sistema. De nuevo, la tensión entre una mayor autonomía de los centros de salud ligada a una mayor responsabilidad, pero sensible a la disparidad de respuesta, se enfrentará a un dirigismo centralizador del sistema, fuerte pero falto de flexibilidad. Tomemos conciencia de que el muro de Berlín cayó. Ya no somos como Brandeburgo. Una reforma de la AP que tuvo sentido en su momento nos ha convertido en la anomalía europea de profesionales estatutarios prestando servicios en instalaciones públicas y considerando la frecuentación como exógena. Es imprescindible aprovechar resquicios de nuestra esclerótica regulación, muy preocupada por la legalidad (aparente en ocasiones) y desentendida de la eficacia que se precisa para una AP resolutive (solvente), y por tanto deseable para la población votante. Si no se corta el voto con los pies hacia el aseguramiento privado, seguiremos regresando hacia el sistema benéfico-privado del que partimos hace cinco décadas, y la institución que mayor confianza inspira a la sociedad española —sanidad pública— se irá desvaneciendo y con ella los excelentes resultados obtenidos.

No existen soluciones inmediatas ante estas tensiones, pero sí la obligación ética de explorar las soluciones, la obligación de no conformarse con lo dado, la obligación al menos de estar a la misma altura que los que 40 años atrás conformaron el actual sistema de atención primaria, que supone el principal apoyo sanitario de la mayor parte de la población, en especial de los más frágiles y vulnerables.

Sirvan algunas líneas generales de actuaciones expuestas a continuación como una suerte de brújula para orientarse en este ecosistema tan necesario.



I. AUMENTO DE RECURSOS Y EVOLUCIÓN COMPETENCIAL

A. El aumento de recursos humanos y materiales ligado a la identificación de necesidades

- a) *Aumentar el peso de la AP en el conjunto del gasto sanitario público*
- b) *Dotar de mayor visibilidad y atractivo al desempeño en atención primaria.*
- c) *Reducir la dualización sanitaria a través de la inclusión del mutualismo (MUFACE, ISFAS y MUGEJU) en la asistencia sanitaria del SNS, así como la limitación de incentivos fiscales generalizados por seguros privados y la eliminación de la financiación pública de seguros médicos privados a miembros de determinadas organizaciones, instituciones o empresas públicas (parlamentos autonómicos, cabildos, diputaciones provinciales, ayuntamientos, RTVE, Banco de España, etc.).*

B. Evolución competencial: El desarrollo de las competencias en atención primaria a través de tres ejes principales:

- a) *Retención de las competencias propias de atención primaria, evitando su derivación a otros niveles asistenciales, en concreto la atención del paciente crónico ambulatorio, el final de la vida, y otros procesos asumibles en AP.*
- b) *Aumento de la capacidad resolutive de atención primaria, en concreto la posibilidad de solicitar pruebas, ingresos, tratamientos... sin necesidad de derivación a urgencias y/o al especialista hospitalario.*
- c) *Dedicación real a las competencias propias de cada profesional dentro del Equipo de Atención Primaria, no solo asistenciales sino también las relativas a investiga-*

ción, docencia, y a la atención social y comunitaria. Como ejemplo, debería incluirse específicamente la Recomendación de Activos para la salud en la Cartera de Servicios con indicadores específicos para su implementación, o el registro de estas actividades grupales, comunitarias y logísticas en el sistema de información y su valoración equivalente al trabajo a demanda en la evaluación del desempeño.

II. REORGANIZACIÓN DE LAS COMPETENCIAS

El desarrollo de las competencias de otros profesionales, especialmente enfermeras y farmacéuticos, permite equilibrar la carga de trabajo entre los diferentes miembros de los equipos. La atención a las personas en el trinomio prevención-diagnóstico-tratamiento requiere de la práctica colaborativa de médico, enfermera y farmacéutico. Las competencias deben estar distribuidas entre todos los profesionales que participan en este nivel de atención (pediatras, ginecólogos, matronas, fisioterapeutas...) en función de sus capacidades. En la práctica, se necesita realizar una distribución coherente y eficiente de la prestación de servicios que permita dar una respuesta de mayor calidad, en la que cada disciplina asuma sus competencias y evite duplicidades innecesarias con otros profesionales. A su vez, es imprescindible profesionalizar la gestión y coordinación de los centros de salud.

En concreto, se precisaría:

- a) Evaluación y seguimiento conjunto de los personas a través del trabajo compartido y de modelos estandarizados de atención colaborativa.*
- b) Sobre la base del punto anterior, atención inicial y atención a síntomas menores por parte de enfermería, farmacia comunitaria, fisioterapia, etc.*
- c) Refuerzo de las competencias enfermeras de acuerdo con las necesidades de cuidados de las personas a lo largo del ciclo vital, desde una perspectiva integral, integrada e integradora. Por ejemplo, el trabajo comunitario no se puede hacer solo desde los "servicios centrales" y exige una presencia institucional en el territorio, que favorezca el trabajo en proximidad y la adaptación a las especificidades de cada territorio.*

- d) *Colaboración del seguimiento farmacoterapéutico con farmacia comunitaria, así como habilitación de medidas de dispensación excepcional en situaciones de urgencia o desabastecimiento, o la dispensación de tratamientos de diagnóstico hospitalario de uso ambulatorio en colaboración con la farmacia hospitalaria.*
- e) *Descarga de labores burocráticas muchas veces innecesarias (altas-bajas, informes...) a los profesionales sanitarios, especialmente a los médicos de familia, que pueden realizar otros trabajadores no sanitarios (administrativos) o de otros niveles asistenciales.*

III. OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

La organización laboral y estructural de la red de atención primaria debe evolucionar al igual que la práctica asistencial. Entre las medidas más destacadas cabría señalar:

- a) *La flexibilización de la capacidad gestora de los centros de salud con un modelo “desde-abajo” mediante financiación capítativa a través del ajuste por necesidad, la autonomía organizativa del personal o la gestión de agenda propia con capacidad de compra de las necesidades del equipo.*
- b) *La introducción de la asignación directa de población por enfermera y otros profesionales.*
- c) *La reacreditación de la competencia profesional para garantizar la calidad y evitar el estancamiento.*
- d) *La integración de los diferentes ámbitos de atención mediante procedimientos estandarizados y compatibles a escala estatal, aprovechando las nuevas tecnologías.*
- e) *La coordinación de la atención primaria y los servicios de salud pública a fin de mejorar la eficiencia tanto en la detección, atención y seguimiento de enfermedades transmisibles como en las actuaciones ante situaciones de riesgos sanitarios y sociales de índole comunitaria.*
- f) *El desarrollo de la teleatención como apoyo complementario al paciente (no sustitutivo) de la práctica asistencial.*
- g) *La mejora de la conexión de los sistemas de información sanitaria y social, con tendencia a la unificación, al*

menos a nivel de Comunidad Autónoma, pero con el objetivo de la integración nacional, creando por ejemplo una única tarjeta sociosanitaria.

No son recetas mágicas, ni soluciones inmediatas o sencillas de implantar en varios casos, pero sí son parte del espíritu que debería acompañar la reforma o incluso refundación de la atención primaria, siempre respetando la universalidad y la accesibilidad de los pacientes a los cuidados sanitarios.



