

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>