

Claves para mejorar la atención primaria española.



Por Juan Simó,
médico de familia.
Centro de salud
Rochapea
(Pamplona).

“Nuestra atención primaria sufre un descremado sociológico creciente”



La situación actual de deterioro, agotamiento y debilitamiento de la atención primaria española tiene una causa latente, poco manifiesta, de la que deriva una patente infrafinanciación relativa. Muchos piensan que la primera causa, origen directo de esta situación, es la progresiva menor inversión recibida por la atención primaria desde su reforma en 1984 comparada con el hospital. Esa mayor inversión en el hospital muchos la atribuyen a su mayor dotación tecnológica. Sin embargo, los datos muestran que la inversión en personal ha sido mucho mayor en el hospital que en primaria. Por ejemplo, entre 2004 y 2020, el número de médicos y enfermeras aumentó el doble en el hospital que en los centros de salud. Como remate, durante lo peor de la crisis de 2008 se recortó mucho más el presupuesto de primaria que el hospitalario, incluido el de personal [1]. La pandemia ha llevado a la primaria a una situación agónica, prácticamente irreversible de no acometerse pronto cambios organizativos de calado con una inversión extraordinaria en este nivel.

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 [2] 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.

Este descremado sociológico es la causa latente de la situación de nuestra atención primaria de la que deriva su relativa infrafinanciación. 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 [3].

Deterioro institucional y de la atención primaria

Con este origen y dualización pretendió romper la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986 sin conseguirlo plenamente. 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, incluida la asistencia a la enfermedad profesional y accidente laboral. Pero la norma se cumplió sólo parcialmente y muchos de estos subsistemas, originados en el franquismo o preconstitucionales, persistieron hasta fechas recientes y algunos, como el mutualismo administrativo de Muface, Isfas y Mugeju, persisten todavía hoy. No es casual que de todos estos subsistemas financiados públicamente hayan persistido aquellos de provisión privada y sin atención primaria [4].

Accedieron a estos subsistemas, y todavía acceden, sectores 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.

La situación terminal de la atención primaria española no es fruto directo de la falta de inversión sino del abandono por inacción continuada de nuestras instituciones políticas, sanitarias y académicas que han hecho bien poco en las últimas dos décadas para empoderar y hacer más atractiva nuestra atención primaria para ciudadanos y profesionales siendo, como es, socialmente muy conveniente [5]. Pero no sólo ha habido inacción, pasividad o desdén institucional. Cuando estas 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.

“Su situación terminal no es fruto directo de la falta de inversión sino del abandono por inacción continuada de nuestras instituciones políticas, sanitarias y académicas”

Descremado sociológico y sus tres fuentes

Esta situación ha privado a la atención primaria del potente estímulo a la mejora del servicio que ejercen los ciudadanos más exigentes, influyentes e informados. 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. La persistencia de estos subsistemas es una de las tres fuentes del descremado sociológico de nuestra 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.

Durante décadas se ha mantenido el incentivo fiscal a la compra de seguros médicos privados con un coste fiscal que ya supera los mil millones de euros anuales [6]. El resultado es que un 25% de la población española contaba con un seguro médico privado en 2022 [7], más frecuentemente adquirido por clases medias y altas que, por ello, son las más beneficiadas por el incentivo. Y según declaran [8], los compran para esquivar esperas y sortear al médico de familia al que perciben como un obstáculo al acceso a los especialistas (Figura). Además, desde hace décadas gastamos millones de euros del erario 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 [9].

Una vía de escape privada para los más influyentes

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 española por puro desinterés.

Por muy grandilocuentes palabras que pronuncien los políticos sobre la atención primaria, la jibarización relativa de su presupuesto no es más que el reflejo de dicho desinterés. Así, la atención primaria ha ido perdiendo poco a poco el apoyo social y político, lo que se ha traducido en una inveterada menor financiación, en comparación con el hospital, empeorada desde la crisis de 2008, lo que ha llevado a la atención primaria al borde del precipicio con la pandemia. Las consecuencias: una atención primaria cada vez más debilitada y un creciente hospitalocentrismo en el SNS. Y una atención primaria tan débil no puede contrarrestar correctamente la ley de cuidados inversos ni los efectos de una medicina de excesos (sobrediagnóstico, sobretratamiento, cascadas iatrogénicas, etc.) cada vez más prevalente en el sistema por la creciente fragmentación asistencial y la mayor derivación directa entre servicios especializados. Se resienten así la equidad y la calidad del SNS que ya padece un claro trastorno por déficit de atención (primaria) con hiperactividad (hospitalaria).

Igual que hace décadas y, por tanto, peor

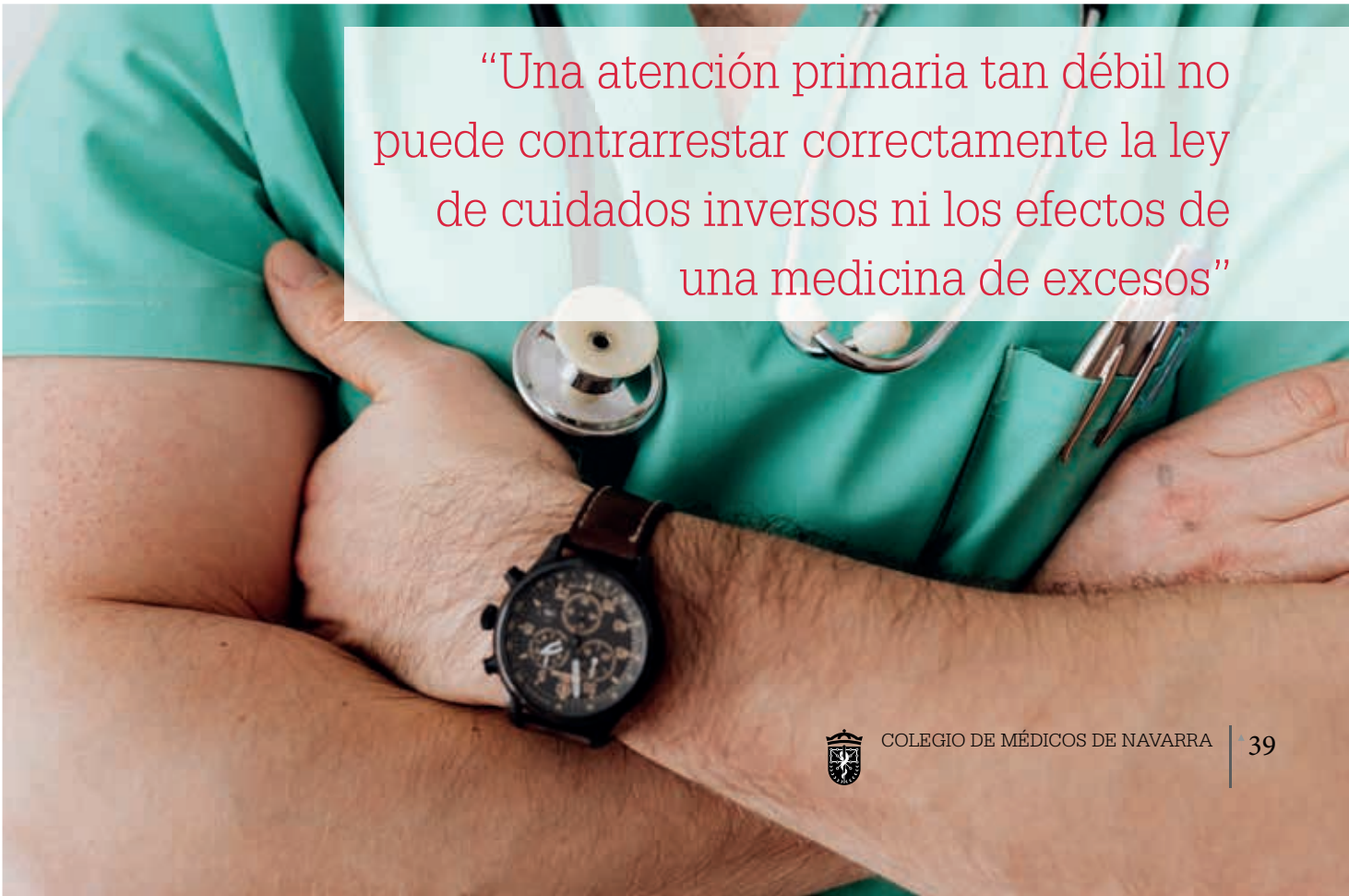
La atención primaria española sigue con la mayoría de los graves problemas detectados hace ya muchos años. Desprestigiada socialmente, subalterna del hospital, poco atractiva entre los candidatos a MIR, consultas médicas masificadas con escaso tiempo por paciente, burocracia mantenida e irracional distribución de tareas son, entre otros, los problemas que persisten desde hace muchos años. Ninguno de ellos solucionado por el gerencialismo en su regulación "desde arriba" hasta el mínimo detalle organizacional y de gestión de recursos.

Los centros de salud se han convertido en un lugar inhóspito, casi hostil, donde ejercer la medicina por, entre otras, una sobrecarga laboral creciente sin posibilidad alguna de desarrollo profesional. Empieza uno con 28 o 29 años de edad tras el periodo MIR y se jubila con 65 haciendo exactamente lo mismo que el primer día: un ejercicio de la medicina a destajo, a toda prisa, indigno para profesionales y pacientes. Una atención primaria con un desarrollo profesional clínico ausente por el fracaso más absoluto del sistema de carrera profesional y con una docencia MIR cada vez más imposible por falta de tiempo para desarrollarla como es debido.

Una atención primaria con médicos de familia tratados por muchos de sus colegas hospitalarios y gerentes como médicos de segunda división. Cargados con todo aquel

papeleo –útil o inútil– que nadie quiere hacer y con toda aquella actividad que otros rechazan con el clásico "eso a mí no me toca". Una atención primaria sin apenas espacio para la investigación porque la atención a la pura demanda lo inunda todo y por la nula potenciación de la misma por parte de los políticos sanitarios y sus gerentes. Por no hablar del nulo papel reservado a la Medicina de Familia en la Universidad española: ningún departamento de Medicina de Familia o de Atención Primaria como existen en casi todos los países europeos [10]. Pese a ello, los estudiantes valoran mucho la rotación por el centro de salud, más incluso que la rotación hospitalaria [11], pero al elegir especialidad prefieren el hospital [12].

Lo mismo ocurre con los médicos de familia recién especializados. Profesionales bien formados y codiciados por los sistemas sanitarios europeos que les ofrecen mayor estabilidad laboral, desarrollo profesional y, por supuesto, también mejores salarios. España no puede competir en salarios con aquellos países de mayor renta a donde emigran nuestros médicos, pero sí puede y debe ofrecer mayor estabilidad laboral y mejores condiciones para el desarrollo profesional clínico, docente y de investigación. De esto último, nada de nada. La atención primaria en España se ha convertido en un erial, un páramo yermo en el que sólo crece la desmoralización de sus médicos.



“Una atención primaria tan débil no puede contrarrestar correctamente la ley de cuidados inversos ni los efectos de una medicina de excesos”

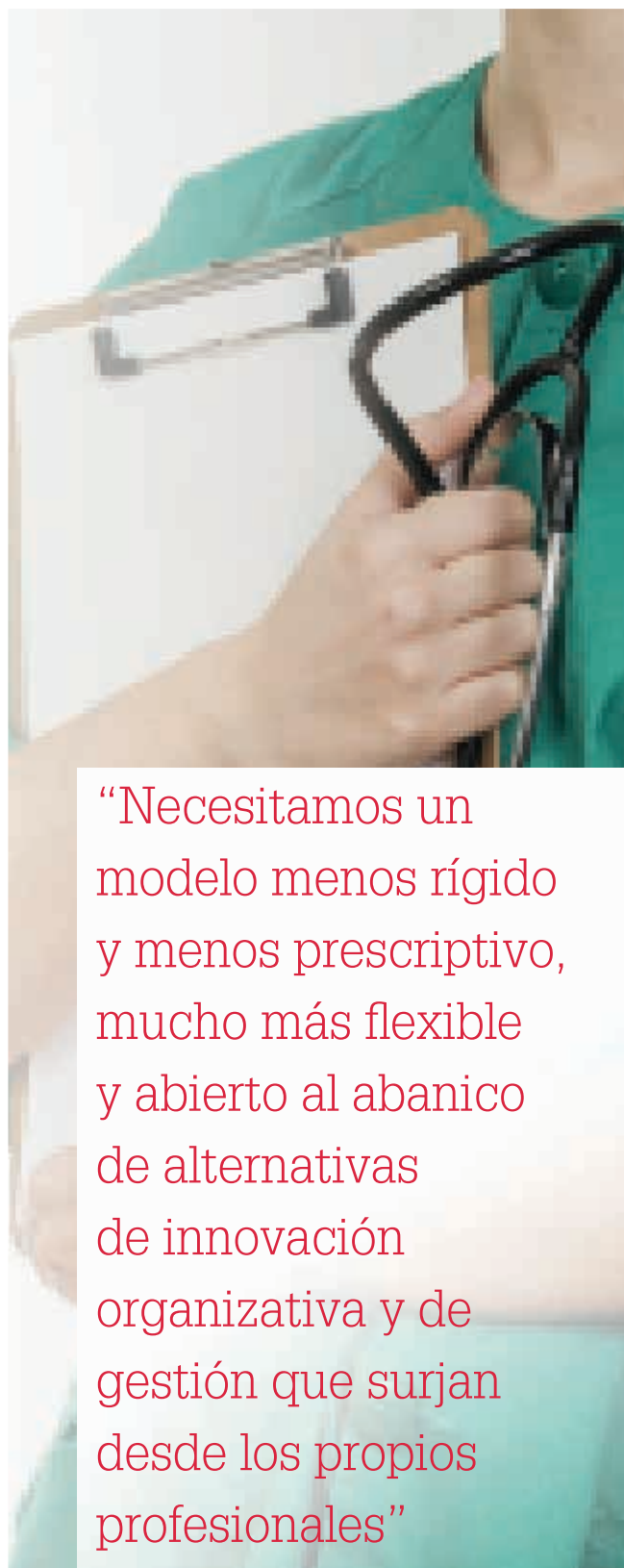
INFORME

El camino hacia la mejora: gestión “desde abajo” y acabar con el descremado sociológico

Una mejor atención primaria sólo será posible si se consensuan unos cimientos que la posibiliten, libres de prejuicios y lugares comunes tan tozudamente falsos como reiteradamente invocados. Se trata de poner las bases, incluidos los cambios normativos necesarios, que permitan que la atención primaria “pueda” más que “deba” hacer.

Si hay algo evidente es el agotamiento del actual modelo mediante la innovación organizativa “desde arriba”. Necesitamos un modelo menos rígido y menos prescriptivo, mucho más flexible y abierto al abanico de alternativas de innovación organizativa y de gestión que surjan desde los propios profesionales. Este abanico hay que facilitararlo y promoverlo pues la innovación “desde abajo” la necesitamos desesperadamente. Por ello, los cambios, incluidos los legislativos, han de promocionar, no sólo posibilitar, esta innovación «desde abajo». Esto no significa que no se necesiten gestores, claro que se necesitan. Pero no esas voces de sus amos que, salvando las contadísimas y honrosísimas excepciones, son poco más que capataces de una cuadrilla de convictos.

Necesitamos, también desesperadamente, gestores y directivos facilitadores del cambio, del desarrollo y empoderamiento de la atención primaria y sus profesionales. Pero claro, si tenemos meros capataces tendremos irremediablemente meros convictos, encadenados unos a otros por el mismo gaznate, compartiendo todos, capataces y convictos, el destino más mediocre. ¿Qué pueden hacer los políticos para mejorar la atención primaria? En primer lugar, usarla y no formar parte del descremado sociológico como nos tienen acostumbrados [3]. Una buena sanidad pública exige una atención primaria para todos. La atención primaria ha de ser para todos o nunca será. La tabla muestra unas pocas líneas básicas sobre qué más pueden hacer los políticos para mejorar la atención primaria. Urgen medidas institucionales en el ámbito político, académico y sanitario que, de una vez por todas, miren por el bien común y no por el de privilegiados colectivos. Medidas que proporcionen recursos, empoderen y 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.



“Necesitamos un modelo menos rígido y menos prescriptivo, mucho más flexible y abierto al abanico de alternativas de innovación organizativa y de gestión que surjan desde los propios profesionales”

Problemas urgentes y problemas importantes: ¿reforma o ruptura?

Nuestra atención primaria arrastra desde hace años el lastre de la progresiva decadencia de un modelo agotado, prácticamente agónico tras la pandemia, denominado hasta hace poco «nuevo modelo» pero ya más viejo que aquel al que tan lentamente sustituyó.

Ante esta situación de emergencia, se precisa una urgente inversión multimillonaria –en tecnología, ladrillo y personal–, introducción de nuevos perfiles profesionales y aumentar las competencias del personal administrativo y de enfermería. El imprescindible rediseño del modelo exige cambios de actitud frente a la atención primaria que respeten sus atributos nucleares, especialmente la longitudinalidad. Y lo más relevante, otorgar autonomía organizativa y de gestión a sus profesionales con rendición de cuentas [13].

No sabemos si su mejor futuro vendrá tras una transición por reforma del modelo actual o tras una ruptura por desplome del mismo. Por la salud de los profesionales y los pacientes, la mejor opción la representa el “radicalismo selectivo” [14]: poner en práctica en algunos centros algunas medidas escogidas de gran alcance, incluidos cambios normativos, especialmente aquellas relacionadas con la autonomía de sus profesionales, y extenderlas luego a los demás centros en un proceso de innovación-difusión.



“Los centros de salud se han convertido en un lugar inhóspito, casi hostil, donde ejercer la medicina por, entre otras, una sobrecarga laboral creciente sin posibilidad alguna de desarrollo profesional”

Figura. Enunciado y respuestas a la Pregunta 5A del Barómetro Sanitario 2018. Resultados totales. Ministerio de Sanidad. Referencia bibliográfica nº 8.

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 PROVADA 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 pública	77,9
Porque atienden mejor que en 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/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)

Tabla. ¿Qué pueden hacer los políticos para mejorar la atención primaria?

1. Usarla y no formar parte, como nos tienen acostumbrados, del descremado sociológico de la misma.
2. Incentivar notablemente la longitudinalidad.
3. Incentivar notablemente el horario presencial de tarde y la accesibilidad telefónica (fuera horario presencial) en pacientes vulnerables (terminales, descompensados, etc.)
4. Incentivar notablemente la capitación (tamaño del cupo) y la penosidad (ruralidad, aislamiento, dispersión, etc.)
5. Introducir la Medicina de Familia en la Universidad.
6. Promover la innovación organizativa (se necesita como el comer) y, a ser posible, que sea “desde abajo” y que empodere la atención primaria.
7. Otorgar a los médicos de familia la máxima autonomía organizativa posible con los cambios legales que procedan.
8. Atención primaria para todos.
 - Incluir a los mutualistas (Muface, Isfas y Mugeju) en el SNS o, alternativamente, introducir la atención primaria en el mutualismo.
 - Eliminar la incentivación fiscal del seguro médico privado.
 - No “regalar” seguros médicos privados a miembros de organismos públicos.

Referencias bibliográficas

1. Simó J, Bravo R, Minué S. Cierre del proceso de descentralización: la hidra de 17 cabezas y otras cosas que le sucedieron a la Atención Primaria. *AMF. Actualización en Atención Primaria*. 2023; 19 (4): 230-240. Disponible en: <https://amf-semfyc.com/es/web/home-antigua/209>
2. 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/>
3. 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>
4. Simó J. Aseguramiento sanitario público en España, situación actual y tareas pendientes. *Actualización en Medicina de Familia*. 2015; 11: 504-511. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1470
5. Simó J. La causa de la causa del ocaso de la Atención Primaria española [editorial]. *Rev Clin Med Fam* 2021; 14 (3):129-130. Disponible en: <https://revclinmedfam.com/article/la-causa-de-la-causa-del-ocaso-de-la-atencion-primaria-espanola>
6. García C. Incentivo fiscal por comprar seguros médicos privados. *Blog Salud, Dinero y Atención Primaria*. 11-12-2016. Disponible en: <http://saludinerop.blogspot.com/2016/12/incentivo-fiscal-por-comprar-seguros.html>
7. Memoria Social del Seguro 2022. Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras. UNESPA. Disponible en: <https://www.unespa.es/main-files/uploads/2023/05/memoria2022.pdf>
8. 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
9. 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>
10. Casado V. La medicina familiar y comunitaria y la universidad. *Informe SESPAS 2012. Gac Sanit*.2012;26(S):69-75. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-la-medicina-familiar-comunitaria-universidad-articulo-So21391111002767>
11. 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-So212656715002103>
12. Mena G, Llupià A, Sequera VG, Aldea M. Formación sanitaria especializada: preferencias y percepciones de los estudiantes de medicina. *Med Clin (Barc)*. 2013.140(3):135-138. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-linkresolver-formacion-sanitaria-especializada-preferencias-percepciones-So025775312008329>
13. 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>
14. Ortún V, López G. La reforma del sistema sanitario español: Radicalismo selectivo. En: *Economía de la salud. El sistema sanitario español. Hacienda Pública Española 1993, Monografías I: 15-31. Instituto de Estudios Fiscales, 1993. Disponible en: https://www.upf.edu/documents/2984046/2986000/RadicalismoSelectivo93.pdf/a8da317f-c5ad-4b09-a740-e8e40f4bc1b7*