

Cuando en Atención Primaria la rabia se transforme en virtud

L. Palomo

Centro de Salud de Coria. Cáceres. Presidente de la Red Española de Atención Primaria (REAP) y Director de "Salud 2000".

En el último año se han sucedido los análisis sobre la reforma de la Atención Primaria iniciada en España a principios de la década de 1980. No es para menos, ya que los cambios introducidos desde entonces han transformado las estructuras sanitarias, han diversificado las prestaciones asistenciales y han modificado la forma de ejercer la profesión de médicos y enfermeros, principalmente.

La Atención Primaria de que hoy disponemos es fruto de la sucesión de varias intervenciones en la política sanitaria que conformaron un escenario favorable para la creación de centros de salud, la organización de equipos de Atención Primaria y la ordenación de las prestaciones. Este fuerte liderazgo político hunde sus raíces en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria celebrada en Alma-Ata en 1978, y adopta como primeras medidas la creación de la especialidad de medicina de familia en 1978 y la elaboración de los mapas sanitarios. A partir de 1982, con la entrada en el gobierno del PSOE, se precipitaron los hechos: se modifica el baremo para plazas de medicina general, incorporando la especialidad de medicina de familia; se jerarquizan las Instituciones Sanitarias Abiertas; se publica el Real Decreto 137/84 sobre estructuras básicas de salud; se modifica el Estatuto Jurídico del personal sanitario no facultativo, creándose la modalidad de Enfermería de Atención Primaria y, en 1986, se aprueba la Ley 14/1986 General de Sanidad. El modelo de Atención Primaria exigía una expansión de medios: plantillas a tiempo completo, acceso a pruebas diagnósticas, reformas y construcción de nuevos centros, uso de documentación clínica, formación, etc.; se introdujeron nuevos estamentos profesionales en Atención Primaria (asistentes sociales, veterinarios, farmacéuticos, epidemiólogos y técnicos en Salud Pública) y se extendió la cobertura asistencial de la Seguridad Social¹.

Durante los años ochenta la política sanitaria se orienta a elevar el nivel de salud de la población y a disminuir las desigualdades; se inician las transferencias de competencias a las Comunidades Autónomas (CC.AA.), se legisla

sobre Atención Primaria y se diseña el Sistema Nacional de Salud (SNS). Los objetivos de este último eran universalizar la cobertura pública, incrementar progresivamente la financiación con cargo a impuestos generales, unificar las múltiples redes de centros sanitarios públicos y clarificar la relación institucional con los centros concertados y, finalmente, la aprobación de un marco legislativo para coordinar y delimitar la autonomía normativa de las CC.AA.².

Entre 1992-1996 se produce lo que se denomina reforma de la reforma, porque se implanta una política de contención y de reducción del gasto, se introducen cambios en la gestión y se desarrolla la atención sanitaria privada. Todo ello como consecuencia de las directrices emanadas del Informe Abril, de las recomendaciones del Tratado de Maastrich, que obligan a contener el déficit público, y de las tendencias neoliberales que matizan la cobertura del derecho a la salud. Entre 1996-1999, con la entrada en el gobierno del PP, asistimos al incremento de las medidas de racionalización del sector, al estímulo al mercado interno y a la introducción de fórmulas de gestión privada en las entidades sanitarias públicas. Desde entonces se han acentuado los problemas comunes a la mayoría de los sistemas sanitarios, como la falta de equidad en la distribución de recursos y en los niveles de salud entre colectivos y regiones, el rápido incremento del gasto, la preocupación por la ineficiencia del sistema y por las variaciones injustificadas de la actividad clínica y de sus costes unitarios, la falta de coordinación entre niveles asistenciales, el crecimiento de las listas de espera, el bajo impacto de los incrementos del gasto en la mejora de la salud de la población, la medicalización creciente de problemas sociales y la insatisfacción ciudadana por la impersonalidad y el burocratismo en la provisión de los servicios³.

EVOLUCIÓN DE LA FINANCIACIÓN

En 1992-2002, aprovechando el crecimiento económico, la mayoría de los países de la Unión Europea (UE, 15 miembros) han incrementado moderadamente su Gasto Sanitario Público en relación con el PIB, menos España, que lo ha disminuido. Así, por ejemplo, en el Reino Unido ha pasado del 5,8 % en 1992 al 6,4 % en 2002; Alemania, del 8 % al 8,6 %; Francia, del 6,9 % al 7,4 %; Dinamarca, del 7 % al 7,3 %; Grecia, del 4,3 % al 5 %; Portugal, del 4,2 % al 6,5 %; Suecia, del 7,3 % al 7,9 %;

Correspondencia: L. Palomo Cobos.
Centro de Salud de Coria
C/ Cervantes, s/n
10800 Coria (Cáceres)

sin embargo, España pasó del 5,6 % al 5,2 %, cifra inferior aun a la del año 1984. El gasto sanitario público, como porcentaje del gasto sanitario total, el 71,4 %, también es sensiblemente más bajo que en los países de la UE, a excepción de Portugal. Entre 1992-2002 se ha producido un fuerte aumento del peso del sector privado, que pasa del 22,6 % del total al 28,6 % (como porcentaje del PIB, el gasto privado pasó del 1,6 % en 1992 al 2,2 % en 2002), mientras que en el resto de los países de la UE los pesos relativos de la financiación privada y de la pública de la sanidad se mantienen relativamente estables⁴.

Si se analizan las funciones del gasto, el aumento del gasto en farmacia, en un contexto de estancamiento del gasto global, implica una disminución relativa del gasto de personal, que pasa del 50,81 % del gasto consolidado en 1992 al 43,71 % en 2001, y a una estabilización del capítulo de inversiones: 3,38 % en 1992 y 3,86 % en 2001⁴.

¿Cuáles han sido las consecuencias de esta tendencia para Atención Primaria? Los datos nos muestran que nuestro gasto ambulatorio público como parte del PIB es muy inferior al promedio europeo y, en términos *per capita*, muy inferior a nuestra renta; que nuestro gasto ambulatorio privado es de los más altos de Europa y, en relación con ella, muy superior a nuestra renta, al contrario que su homónimo público, y que, con relación a los recursos públicos comprometidos, la reforma de la Atención Primaria española no ha servido para aproximarla a Europa, porque la distancia entre España y Europa en el esfuerzo público ambulatorio es incluso mayor que la que había al inicio de la reforma⁵.

DE LA PARÁLISIS A LA CRISIS

En una situación de franco retroceso de la Atención Primaria, tanto en la retórica como en las decisiones de los políticos, y bajo una absoluta ausencia de liderazgo en el nivel de la gestión, se acumulan los problemas en el día a día de las consultas médicas: a la ausencia crónica de autonomía para organizar las consultas, para acceder a medios diagnósticos y para disponer de ayuda auxiliar, se suman los incrementos continuados de población protegida y la multiplicidad y diversidad de demandas burocráticas, de forma que no hay tiempo de atender todas las solicitudes y es complicado mantener la destreza para manejar todas las situaciones posibles; al envejecimiento e inmigración crecientes se añade la pérdida del soporte de la familia tradicional en la provisión de cuidados; crecen la superespecialización y los avances tecnológicos y hay nuevas especialidades que buscan su parcela de actuación y nuevas máquinas que requieren tiempo y experiencia en su dominio; a la búsqueda rápida y a plena satisfacción del alivio por parte de los pacientes se añade la elevada dependencia de los cuidados profesionales, porque el umbral de la insatisfacción es cada vez más bajo; aumenta la medicalización de problemas sociales, pero las carencias del estado de bienestar no pueden ser aliviadas todas en Atención Primaria, porque ésta no tiene el control de la integración de los cuidados asistenciales con los sociales; para finalizar

esta retahíla, seguramente incompleta, a la falta de reconocimiento profesional del médico de cabecera se contraponen la sobrevaloración de lo hospitalario y de lo especializado, conduciendo a la pérdida de autoestima del médico de familia y a la ausencia de referentes éticos externos (nos queda el reconocimiento de los pacientes).

Así pues, en una situación que podemos denominar de desistimiento profesional, donde gran parte de las tareas que ahora realizan otros servicios y actores no nos han sido arrebatadas, sino que se las hemos entregado sin luchar por ellas, se ha favorecido la implantación de servicios verticales, que parcelan al paciente en función de patologías, o de edades, o de situaciones críticas (unidades del dolor, unidades de cuidados paliativos, unidades de sida, atención a drogodependientes, unidades de menopausia, centros de planificación familiar, gestión de casos de enfermedades infecciosas, etc.), o se externalizan parcelas importantes de la atención que menoscaban los cuidados continuados (urgencias), o se crean cuerpos profesionales paralelos (enfermeras de enlace, médicos consultores, refuerzos, etc.), o se generan dentro de los centros de salud áreas de competencia especializada (ecografistas, cirujanos menores, etc.) que minan la fortaleza de una Atención Primaria concebida como integral, pero conducida a la desmembración y a la descoordinación profesional; todo ello bajo la mirada distante de las organizaciones científicas, profesionales y sindicales, y el regocijo de los que pescan en río revuelto, que no son otros que los que entienden la salud como negocio.

Probablemente es impensable que Atención Primaria asumiera ahora todas estas competencias dispersas, pero ¿que pasaría si algún médico decidiera recuperarlas mostrando suficiente competencia y decisión para ello?: ¿se le facilitaría la captación de casos?, ¿se dotaría su consulta con personal auxiliar?, ¿se adaptaría el tamaño de su cupo a la capacidad de trabajo?, ¿se le permitiría flexibilizar el horario laboral?, mucho nos tememos que no sería así; sin embargo, algunos médicos se atreven a plantearlo recurriendo a ejemplos utópicos que, aunque en ocasiones rayan la parodia, tienen la virtud de situarnos ante escenarios más gratificantes que los actuales, como hacen Gervas y Simó en este mismo número de SEMERGEN⁶.

Lo que es evidente es que hay un sector amplio y significativo de médicos que están conteniendo la rabia ante el deterioro de la Atención Primaria, porque, de alguna manera, se sienten defraudados después de estos veinte años, porque empezaron a trabajar con enormes expectativas que luego no se han visto cumplidas. Son los que se han organizado alrededor de la Plataforma "10 minutos" y de los Foros de Atención Primaria, los que reivindican suficientes recursos, flexibilidad organizativa, transformar la información en acción, mejorar la capacidad resolutoria de la Atención Primaria, disminuir las cargas burocráticas, la unidad en la respuesta profesional y propuestas de liderazgo en la gestión, promoción profesional, estímulos a la investigación y participación de los profesionales y de la comunidad en el diseño asistencial futuro.

Nos gustaría pensar que en el futuro la Atención Primaria ostentará el liderazgo y el control de los servicios sociosanitarios, como pasa ya en otros países a través de organizaciones sanitarias comunitarias integradas (OSCI) donde enfermería adquiere un gran protagonismo⁷; que la asignación de presupuestos en las áreas de salud se realizará a través de Atención Primaria; que los clínicos tendrán el control de los procesos, colaborando estrechamente entre niveles asistenciales, asistidos informativamente por la propia administración y apoyados por las sociedades científicas; que habrá flexibilidad para organizar el trabajo y medios suficientes para atender a la población, con la cual se establecerán mecanismos reales de decisión, y que, en el trabajo cotidiano, habrá otro modelo de receta y se habrá simplificado toda la burocracia, accederemos a las pruebas diagnósticas instaladas, no perderemos el control sobre los pacientes derivados y no abandonaremos la continuidad de los cuidados.

Ahora bien, que esto sea así, por muchas razones que nos asistan, dependerá de los apoyos que se consigan para, al final, transformar en virtud la rabia que nos invade (como dice la canción de Luz Casal) y, en este sentido, tenemos que ser conscientes de que las fuerzas dominantes ahora mismo favorecen el consumismo asistencial, el hospitalocentrismo, la preeminencia de la superestructura técnico-farmacológica y la mercantilización de parcelas cada vez mayores de los servicios sociales⁸. De manera que no sólo tenemos que movilizar las conciencias de nuestros compañeros más acomodados e indiferentes, los instalados en la parálisis, sino también entrar en el debate político para canalizar todas estas iniciativas renovadoras, aun a riesgo de provocar una crisis en la Atención Primaria, porque será difícil evitar la confrontación entre dos modelos de desarrollo de los sistemas sanitarios⁹. Por un lado, un modelo sanitario disperso, que tiene una concepción mercantil de la salud, que apuesta por un paradigma biomédico basado en la curación y en la tecnología, y donde la atención sanitaria es un bien de consumo vinculado a los intereses de la industria, que entiende el profesionalismo sólo como soberanía de lo profesional, que defiende la

autonomía como instrumento de emancipación, de fragmentación y de mercado, y que entiende que el motor del sistema son la competencia como mecanismo institucional y los incentivos financieros. Y, por otro lado, el modelo estructurado, que concibe la salud como derecho, que prioriza las estrategias de promoción, prevención y autocuidado y que basa sus actuaciones poblacionales en la planificación y en las políticas de salud pública, que entiende que el eje del sistema es la continuidad asistencial desde Atención Primaria, que utiliza la cooperación como instrumento para la gestión integrada o el funcionamiento en red y que promueve el trabajo profesional en equipo y la provisión pública e integrada de los servicios. Éste es el modelo más próximo a la Atención Primaria que queremos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Valdés P. ¿Nuevo papel para la Atención Primaria de Salud?. *Salud*. 2000; 2004; 95:10-7.
2. Rico Gómez A. Descentralización y reforma sanitaria en España (1976-1996). Intensidad de preferencias y autonomía política como condiciones para el buen gobierno. Madrid: Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales; 1998.
3. Pérez Jiménez R. Políticas sanitarias y desigualdades en España. En: Adelantado J, coordinador. Cambios en el Estado del Bienestar. Políticas sociales y desigualdades en España. Barcelona: Icaria; Universidad Autónoma de Barcelona; 2000. p. 251-84.
4. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2003. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, 2004.
5. Simó J, Gervas J, Seguí M, De Pablo R, Domínguez J. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, Cenicienta europea. *Aten Primaria*. 2004;34(9):472-81.
6. Gervas J, Simó J. 2015, el día a día de un médico de cabecera. *SEMERGEN*. 2005; 31(10):478-85.
7. Rico A. Las organizaciones sanitarias integradas en Europa: gobierno, compensación y evaluación. Primer Seminario sobre Innovación en Atención Primaria. OMC. Acceso en: <http://www.evagalenics.com/FFOMC/framesphp?mainFrame=FFOMC2/login/login2.php?id=23>
8. Martín M. Papel del Sistema Público de Salud y de la Atención Primaria en la próxima década. *Salud* 2000. 2005 (en prensa).
9. Ponte C. Acerca de la integración de los cuidados en el servicio de salud. *FADSP*: Madrid, 2004 (mimeografiado).