



## Editorial

## Relanzar la atención primaria y comunitaria: un compromiso colectivo

## Relaunching primary and community care: A collective commitment



La evidencia confirma que la reforma de la atención primaria y comunitaria (APyC), diseñada a principios de los años 80 del siglo pasado y lanzada a partir de la promulgación de la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986, ha contribuido significativamente a que los españoles seamos los europeos que gozan de una vida más larga y saludable, y que nuestro país se encuentre entre los estados con las ratios de mortalidad evitable más bajas del continente<sup>1</sup>. Estos buenos resultados contrastan con la sensación de desánimo que perciben los profesionales de APyC. Seguramente este sentimiento se explica porque en los últimos 20 años, este ámbito de atención ha estado sometido a tensiones crecientes por una excesiva presión asistencial, una falta de recursos y unas reformas que han puesto en riesgo o han deteriorado sus pilares fundamentales, como son la longitudinalidad y la accesibilidad. El abandono institucional ha desmotivado a los profesionales y está perjudicando la satisfacción de los pacientes, cuando tradicionalmente este servicio era el mejor valorado por la población después del ingreso hospitalario. La experiencia internacional nos muestra que la desinversión en la APyC conduce a un círculo vicioso de reducción de la actividad y la calidad del primer nivel asistencial, que acaba repercutiendo negativamente sobre el resto del sistema sanitario. Por el contrario, una mayor inversión en la APyC y la implementación de políticas que refuerzan la calidad de este servicio, obtienen unos beneficios a largo plazo tan grandes que compensan con creces el coste empleado en mejorarlo. Aumenta la eficiencia, la equidad, la salud y la satisfacción de la población, así como la resiliencia del sistema ante futuras catástrofes sanitarias, un aspecto que la reciente pandemia por COVID-19 ha situado en el centro de las agendas políticas<sup>2</sup>. Las nuevas tendencias de financiación de este ámbito asistencial son las centradas en la persona<sup>3</sup>.

En definitiva, nuestra APyC está sumida en una crisis que parece interminable. Tanto es así, que mientras para unos parece haber muerto o «fallecido», para otros sufre una lenta agonía que, como sucede con muchos enfermos terminales, la conducirá a aquel inevitable final, no sin antes haber recibido múltiples tratamientos paliativos incapaces de frenar su deterioro y generadores de graves costes y sufrimientos a la ciudadanía y a sus propios profesionales. Se podrían rellenar miles de páginas con todos los textos publicados en diarios, revistas y redes sociales que describen, con mayor o menor detalle, los males que aquejan a nuestra APyC y que trasladan a la opinión pública y profesional sus causas y consecuencias. No vamos a repetirnos; queremos centrar estas líneas en el análisis del contexto político y sanitario que explica esta situación y en las decisiones que, a nuestro juicio, podrían ayudar a encontrar una salida sólida y coherente.

El contexto sanitario actual viene marcado por un deterioro progresivo del estado del bienestar que los países europeos lanzaron

tras la segunda guerra mundial, por el auge de las políticas neoliberales y por entender la salud y la sanidad como un bien de consumo y no como debería ser, un objetivo central, aunque instrumental. Algunos países incluso han experimentado retrocesos en la esperanza de vida y aumentos de las inequidades debido a las políticas de austeridad implantadas en las sucesivas crisis económicas<sup>4</sup>. Nuestro país, a pesar de los intentos de ciertos sectores socialdemócratas progresistas, está inmerso en esta dinámica y muestra de ello son las tensiones crecientes que padecen diversos sectores públicos de servicios: sanidad, educación, soporte a la tercera edad y precariedad laboral y de acceso a bienes y servicios de los más jóvenes. Cada vez son más numerosos los que piensan que esta tendencia solamente se corregirá cuando se generen conflictos sociales capaces de sacudir la indiferencia política de nuestros dirigentes.

El fracaso de las diferentes medidas implantadas para mejorar la APyC se explica porque se centran exclusivamente en la APyC. Las mejoras en los indicadores de la salud de la población únicamente se conseguirán estableciendo reformas que involucren a todos los ámbitos asistenciales. La Ley General de Sanidad de 1986 no solo no ha seguido avanzando, sino que ha experimentado importantes retrocesos, siendo el más significativo el deterioro, aún no totalmente corregido, de su concepto nuclear: la cobertura universal. La mayor parte de la legislación sanitaria actual procede de finales del siglo pasado y debería actualizarse reconsiderándose en una perspectiva más transversal y valorando los logros y los errores del modelo de reforma de la APyC implantado hace ya 40 años. Tampoco debemos olvidar el «descremado sociológico», tantas veces resaltado por nuestro colega J. Simó y que implica que alrededor de 2 millones de ciudadanos de las capas dirigentes y funcionariales de España no utilicen sus recursos, pero sí la atención hospitalaria pública y los seguros privados de salud.

En este análisis no se pueden, ni deben, obviar factores tan relevantes como la urgencia de culturas consumistas de utilización de los recursos sanitarios y de medicalización creciente de los problemas vitales cotidianos, así como la disminución progresiva de la responsabilidad individual y colectiva en el autocuidado de la salud y la exigencia al sistema sanitario de soluciones inmediatas a problemas e insatisfacciones personales ante las que en muchas ocasiones poco o nada puede hacer.

Para finalizar esta reflexión cabe plantearse cuales deberían ser las líneas principales de actuación. Un editorial no permite pormenorizarlas detalladamente y por este motivo nos limitamos a dibujar con trazo grueso las propuestas principales que, a nuestro juicio, podrían ayudar a encontrar la salida:

La primera consideración que nos viene a la mente se centra en la imperiosa necesidad de que nuestros dirigentes políticos de los

gobiernos central y autonómicos (no solamente los responsables de los ministerios y consejerías del sector sanitario) asuman de una vez la realidad de la situación en que está sumida nuestra APyC y que, tras hacerlo, prioricen suficientemente en todos los ámbitos (legislativo, financiero, planificador y organizativo) la puesta en marcha de una estrategia innovadora del modelo y de su situación actual, capaz de conjugar de forma simultánea y coherente medidas que aborden tanto los problemas urgentes como aquellos que, en razón de su naturaleza, exigen soluciones aplicables a medio y largo plazo. Es importante que los políticos recuerden que el 90% de sus votantes utilizarán un centro de atención primaria a lo largo de cada legislatura.

El segundo bloque de propuestas tiene que hacer necesariamente referencia a los propios profesionales sanitarios de la APyC, que tenemos que tomar conciencia de la necesidad de salir de una situación de deterioro que nos afecta negativamente, tanto desde la vertiente colectiva como individual, lesionando gravemente nuestra imagen social y las posibilidades de encontrar un desarrollo satisfactorio para una trayectoria personal y profesional que debe ganar en dignidad y capacidad de atracción. Tenemos que abandonar definitivamente las actitudes pasivas y acomodaticias y la cultura de la queja incesante. Hemos de pasar a la acción. En este sentido no podemos dejar de seguir reclamando un papel mucho más beligerante de las sociedades científicas y organizaciones colegiales y sindicales, y volver a señalar que la falta de una voz única en las primeras o, al menos, de una estrategia común centrada en la defensa enérgica de los intereses de las distintas profesiones sanitarias integradas en la APyC es un obstáculo significativo para conseguir la movilización reivindicativa de sus miembros. Debemos aprender de nuestros colegas hospitalarios que nunca aparecen en los medios para criticar a sus centros, sino para comunicar sus éxitos asistenciales. Las sociedades de medicina de familia tienen en su mano la capacidad de aumentar el prestigio social de la especialidad apareciendo en los debates públicos de temas sanitarios, aportando su visión, que habitualmente es más racional y beneficiosa para la ciudadanía.

El tercer y último bloque implica, de forma combinada, tanto a la ciudadanía como a los responsables políticos y de las organizaciones sociales, en la medida en que es preciso priorizar la lucha contra la medicalización de la vida cotidiana y la consiguiente utilización inadecuada de los servicios y medios diagnósticos y terapéuticos del sistema sanitario y más concretamente de la APyC, objetivo cuya consecución necesita de acciones coordinadas de sectores políticos y sociales. Los primeros a través de actuaciones legislativas que ordenen el acceso a los servicios y de campañas continuadas en el tiempo de información y formación ciudadana para potenciar la autorresponsabilización en el cuidado de la salud y la utilización correcta de los recursos. Los segundos promoviendo el debate comunitario sobre estos temas en todos los niveles y en los diferentes foros, para contribuir así a la mayor concienciación social sobre la

necesidad de no limitarse a la queja, como los profesionales, y ser capaces de generar propuestas constructivas que ayuden a diseñar el cambio que se necesita. Los políticos deben entender que encontrarán en la medicina de familia un aliado para combatir la medicalización que promueven los discursos interesadamente alarmistas que lanzan los sectores implicados en el negocio de la salud.

Somos conscientes de las dificultades inherentes, tanto al proceso de análisis abordado al principio de estas líneas como a los bloques de propuestas que exponemos, pero este hecho no puede justificar en ningún caso la parálisis. Necesitamos cada vez con mayor urgencia encontrar salidas viables a corto y largo plazo si queremos que esta crisis interminable de la APyC española deje de serlo.

## Bibliografía

1. European Observatory of Health Services and Policies. State of Health in the EU. Spain Country Health Profile. [consultado 27 May 2024]. Disponible en: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/spain-country-health-profile-2023>.
2. Rajan D, Jakab M, Schmets G, Azzopardi-Muscat N, Winkelmann J, Peiris D, et al. Political economy dichotomy in primary health care: bridging the gap between reality and necessity. *The Lancet Regional Health – Europe*. 2024 [consultado 27 May 2024]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(24\)00112-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(24)00112-1/fulltext).
3. Hanson K, Brikci N, Erlangga D, Alebachew A, De Allegri M, Balabanova D, et al. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. *Lancet Glob Health*. 2022; 10(5):e715–e772. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00005-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5). Erratum in: *Lancet Glob Health*. 2023;11(4):e504. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00035-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00035-9). PMID: 35390342; PMCID: PMC9005653.
4. Rinaldi C, Bekker MPM. A scoping review of populist radical right parties' influence on welfare policy and its implications for population health in Europe. *Int J Health Policy Manag*. 2021 1;10(3):141–51. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.48>.

Amando Martín Zurro<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Comité de Redacción de la Revista Atención Primaria, España

<sup>b</sup>Comité de Redacción, Revista Atención Primaria Práctica, España

Joan Gené Badia<sup>a,b,\*</sup>

<sup>a</sup>Comité de Redacción de la Revista Atención Primaria, España

<sup>b</sup>Comité de Redacción, Revista Atención Primaria Práctica, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [joangenebadia@gmail.com](mailto:joangenebadia@gmail.com)

Josep Jiménez Villa<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Comité de Redacción de la Revista Atención Primaria, España

<sup>b</sup>Comité de Redacción, Revista Atención Primaria Práctica, España

Carme Batalla Martínez<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Comité de Redacción de la Revista Atención Primaria, España

<sup>b</sup>Comité de Redacción, Revista Atención Primaria Práctica, España

Juan José Mascort Roca<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Comité de Redacción de la Revista Atención Primaria, España