

Area de Políticas Públicas, Sociales y Estado del Bienestar

# OBSERVATORIO

## POLÍTICAS DE SALUD

2010  
OCTUBRE  
16

La Atención Primaria de la  
salud en España

JAVIER GONZÁLEZ MEDEL



**Fundación 1º de Mayo** | Centro Sindical de Estudios  
C/ Arenal, 11. 28013 Madrid. Tel.: 913640601. Fax: 913640838  
[www.1mayo.ccoo.es](http://www.1mayo.ccoo.es) | [1mayo@1mayo.ccoo.es](mailto:1mayo@1mayo.ccoo.es)

Observatorio Medios de Comunicación y Sociedad. ISSN: 1989-6050

# La situación de la Salud en España

Este documento forma parte de un amplio informe que lleva como título “La situación de la Salud y el Sistema Sanitario en España” elaborado por el Observatorio de Políticas de Salud de la Fundación 1º de Mayo, y se acompaña de algunos datos clave para su lectura, así como de una batería de propuestas que se consideran necesarias para la mejora del Sistema Sanitario en España.

Los distintos capítulos del informe serán publicados periódicamente en la página Web de la Fundación 1º de Mayo ([www.1mayo.ccoo.es](http://www.1mayo.ccoo.es)):

1. LA SITUACION DE SALUD EN ESPAÑA  
Manuel Martín
2. DESIGUALDADES EN SALUD  
Manuel Martín
3. FINANCIACION SANITARIA  
Marciano Sánchez Bayle
4. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
Joan Canalls
5. EL PAPEL DE LAS CCAA Y LA COHESION DEL SNS  
Joan Canalls
6. EL DESARROLLO LEGISLATIVO DE LAS CCAA  
Joan Canalls
7. LA ORGANIZACIÓN GENERAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO  
Manuel Martín
8. LAS MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS  
Santiago Porras
9. LA SALUD LABORAL  
Carmen Mancheño
10. SALUD Y GENERO  
Mercedes Boix
11. LA SITUACIÓN DE LOS HOSPITALES EN ESPAÑA  
María Luisa Lores
12. La ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD EN ESPAÑA  
Javier Gonzalez
13. CRISIS Y PERSPECTIVAS DEL MERCADO FARMACÉUTICO  
Carlos Ponte
14. INVESTIGACION EN SALUD  
Luis Palomo
15. LOS PROFESIONALES DE LA SALUD: NECESIDADES Y FORMACION  
Marciano Sánchez Bayle
16. PARTICIPACION SOCIAL Y PROFESIONAL  
Carmen Sánchez

# LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ESPAÑA

Javier González Medel

## Introducción

En un artículo publicado recientemente<sup>1</sup>, Alberto del Pozo ha descrito el origen, el contexto y el devenir de la organización de la Atención Primaria de Salud (APS) en España. Por tanto, remitimos a este texto para una mejor comprensión y un encuadre general de los datos y propuestas que a continuación presentamos.

Con este documento pretendemos aportar información sobre el presente de la asistencia sanitaria en España y plantear alguna alternativa posible a la inexorable evolución en que se encuentra envuelta la Sanidad Pública en general y la Atención Primaria en particular.

Los cambios en la APS en nuestro país se han producido fundamentalmente en su funcionamiento y se han quemado etapas a una velocidad relativamente rápida, a partir del esquema oficial y formal del modelo reformado que se instauró hace casi 30 años, que contemplaba como ejes al equipo de Atención Primaria, el Centro de Salud y el escenario comunitario.

Así, los profesionales y sus respectivas organizaciones han pasado de una situación inicial de optimismo y voluntarismo, que estaba amparado en el empuje de las ideologías populistas de Alma-Ata, ausencia de roles bien definidos en el equipo de trabajo y en el activismo originario de las primeras promociones de médicos de familia, a una progresiva pérdida de impulso debido a la falta de apoyo político, reconocimiento profesional y déficit crónico de recursos que ha conducido a muchos profesionales a una situación de falta de expectativas e interés por la transformación social y sanitaria. Mientras, la ciudadanía, a la que nunca se consiguió implicar activamente en estos procesos, ha permanecido pasiva y ajena a estos movimientos en gran medida.

Esta situación de crisis de la Atención Primaria de Salud no es exclusiva de nuestro país, sino que es de ámbito global y afecta a la mayoría de los países desarrollados a pesar de las declaraciones de organismos como la propia Organización Mundial de la Salud que sigue reivindicando su indudable necesidad<sup>2</sup>.

En cualquier caso, es evidente que desde la década de los 80 la Atención Primaria en España ha conseguido indudables éxitos en la mejora de la salud de la población debido fundamentalmente a sus características de financiación pública, universalidad, gratuidad en el momento del uso, buena accesibilidad, elevado nivel de prestaciones y una importante mejora en el nivel científico-técnico de sus profesionales, todo lo cual la ha granjeado una gran consideración a

nivel internacional<sup>3</sup>. Sin embargo, debido a un progresivo cambio de orientación y la permanente falta de desarrollo de las potencialidades y expectativas posibles, nos encontramos en el momento actual en una situación en la que la Atención Primaria, y el enfoque de la medicina social que inicialmente implicaba, ha ido perdiendo presencia y prestigio social, se ha burocratizado en gran parte, y padece un déficit importante de recursos y sus correlatos de masificación, desafección profesional y pérdida de valores.

### **Algunos datos sobre la situación actual de la Atención Primaria de Salud en España.**

Hasta ahora la estructura y organización de la APS en España ha permanecido bastante homogénea, salvo algunas excepciones en Catalunya (EBAs) y Valencia (modelo Alzira).

Su diseño es fruto de la Ley General de Sanidad de 1986 y el Real Decreto 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud que establecieron las bases de la actual organización con Áreas y Zonas de Salud, Centros de Salud y Equipos de Atención Primaria y su posición en la estructura sanitaria pública. La planificación y la gestión de los recursos se hacen generalmente en las respectivas Áreas sanitarias a través de las Gerencias de Atención Primaria.

En el año 2008, según datos del Ministerio de Sanidad<sup>4</sup> existían los siguientes recursos en toda España (Tabla 1)

**Tabla 1. Recursos y plantillas de APS en España en el año 2008**

<b>Recursos Estructurales</b>					
<b>Áreas de Salud</b>	<b>Zonas Básicas</b>	<b>Centros de salud</b>	<b>Consultorios locales</b>		
156	2688	2914	10202		
<b>Recursos medicina de familia y ratios</b>					
<b>Medicina de familia EAP</b>	<b>Medicina MT</b>	<b>Total Medicina</b>	<b>% mujeres</b>	<b>Ratio Tarjetas Asignadas</b>	
26869	1042	27911	47 %	1410	
<b>Recursos pediatría y ratios</b>					
<b>Pediatría EAP</b>	<b>Pediatría MT</b>	<b>Pediatría de Área</b>	<b>Total Pediatría</b>	<b>% mujeres</b>	<b>Ratio Tarjetas Asignadas</b>
5777	274	164	6215	64 %	1029
<b>Recursos enfermería y ratios</b>					
<b>Enfermería EAP</b>	<b>Enfermería MT</b>	<b>Total Enfermería</b>	<b>% mujeres</b>	<b>Ratio Tarjetas Asignadas</b>	
26709	724	27433	77 %	1663	
<b>Recursos personal no sanitario (PNS) y ratios Auxiliar administrativos</b>					
<b>Auxiliar administrativo</b>	<b>Otro personal no sanitario</b>	<b>Total PNS</b>	<b>% mujeres</b>	<b>Ratio Tarjetas Auxiliar Adm.</b>	
14711	6895	21606	75 %	3102	
<b>Nº de plazas de medicina de familia por tramos de población</b>					
<b>&lt; 500</b>	<b>501-1000</b>	<b>1001-1500</b>	<b>1501-2000</b>	<b>&gt; 2000</b>	
1552	2307	7444	11826	541	
<b>Nº de plazas de pediatría tramos de población</b>					
<b>&lt; 750</b>	<b>751-1000</b>	<b>1001-1250</b>	<b>1251-1500</b>	<b>&gt;1500</b>	
804	1658	1867	646	134	

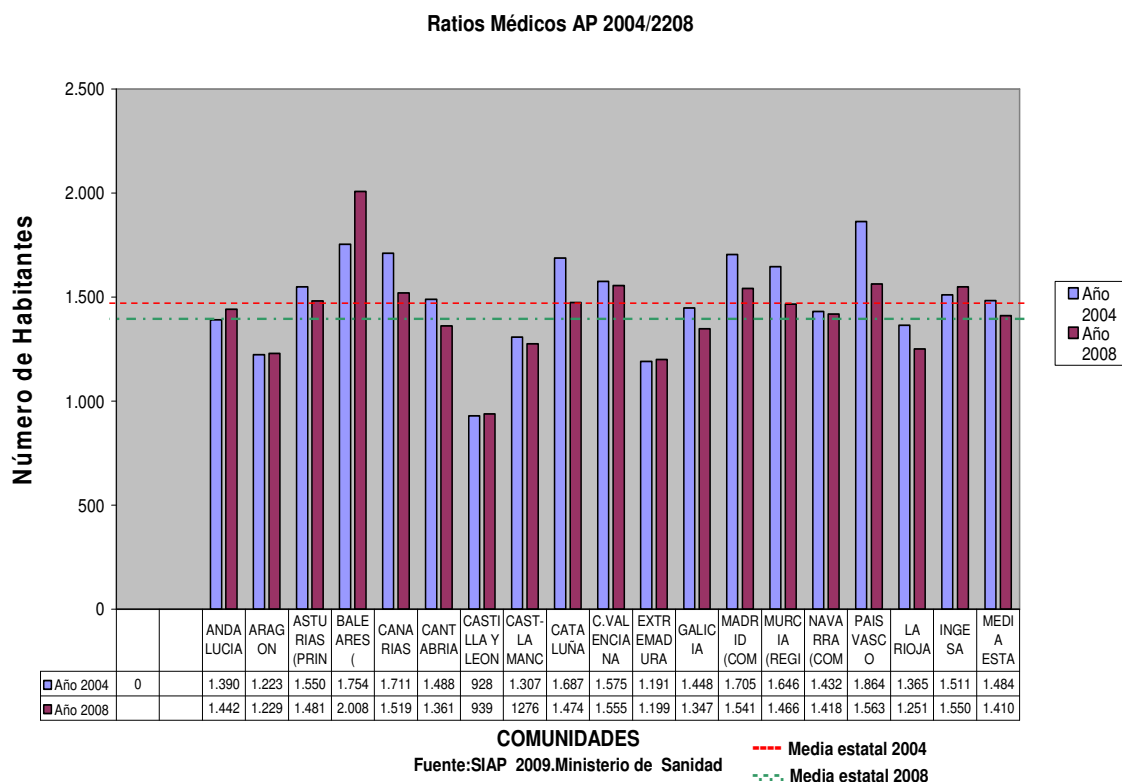
Fuente: SIAP. Ministerio de Sanidad

Los centros de salud y consultorios locales funcionan en régimen de mañana y tarde en algunas zonas, generalmente urbanas, y solo de mañana en otras, rurales en su mayor parte. Igualmente existen guardias en el centro de salud y atención continuada, incluida nocturna, proporcionada por los propios equipos de salud en algunas Comunidades. En otras, los servicios de urgencia y nocturnos los realizan dispositivos sanitarios independientes, algunos privatizados como en el País Vasco.

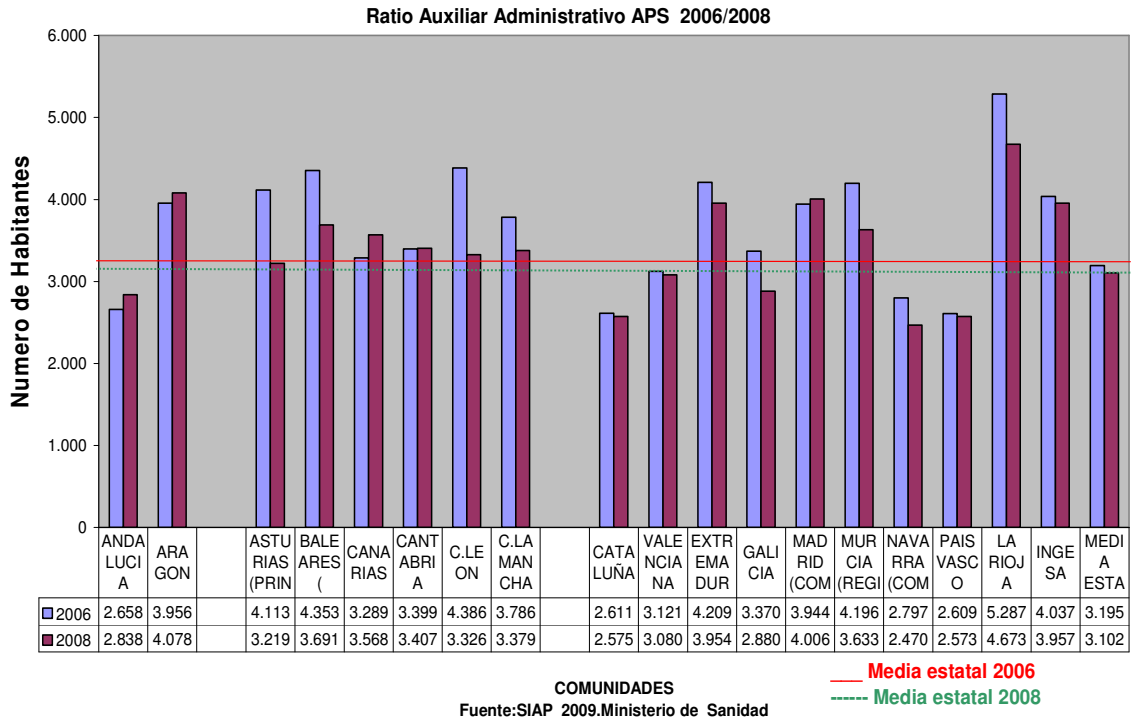
En los siguientes cuadros se muestra la evolución de las ratios para los distintos estamentos de AP en los años 2004 y 2008 desagregados por Comunidades Autónomas.

La ratio representa el número de personas asignadas por profesional y se obtiene a partir del número de tarjetas sanitarias individuales (TSI) registrado en ese momento.

En cualquier caso, hay que contar con que la variabilidad dentro de las distintas regiones es muy alta y en muchos casos hay diferencia importantes de dotación de recursos entre el medio urbano y rural y en zonas donde el crecimiento demográfico ha sido intenso en los últimos años, generalmente en detrimento de los últimos.

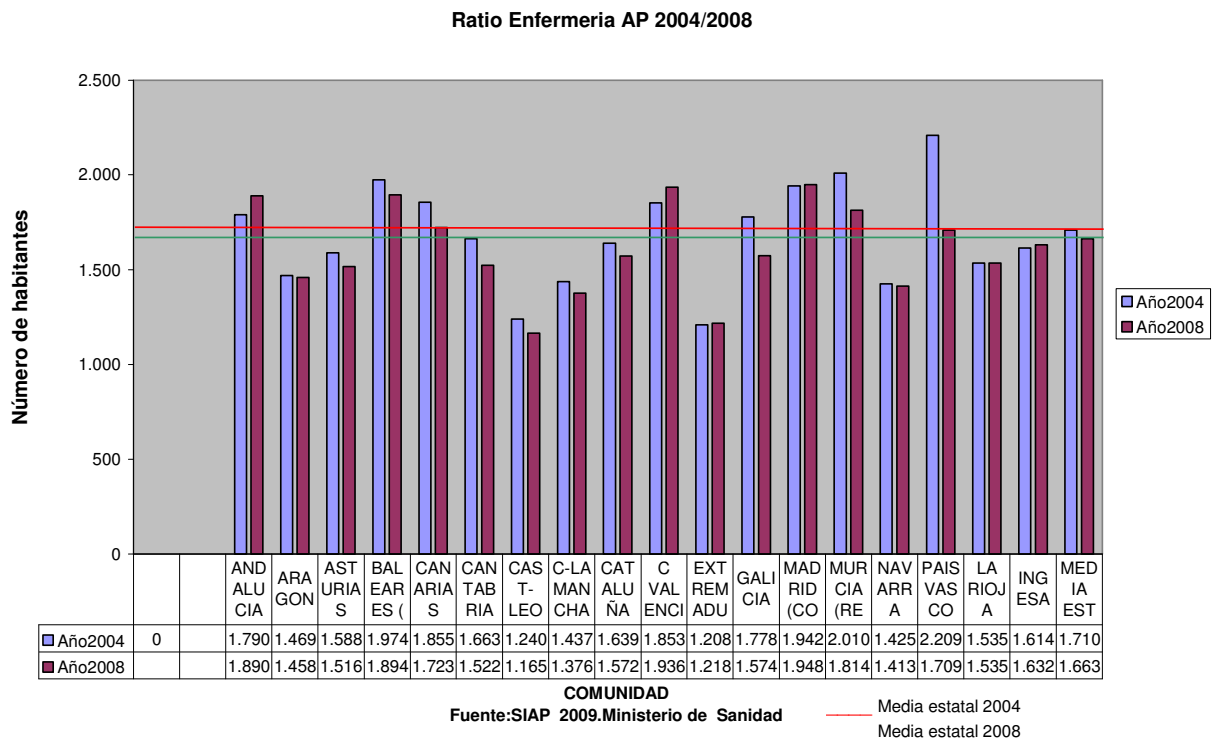


Como se observa la ratio media de MF esta por encima de 1400 TSI por profesional, si bien hay mas de un 52% de médicos que atienden cupos de mas de 1500 personas y hay una región (Balears) en la que la media esta por encima de los 2000.

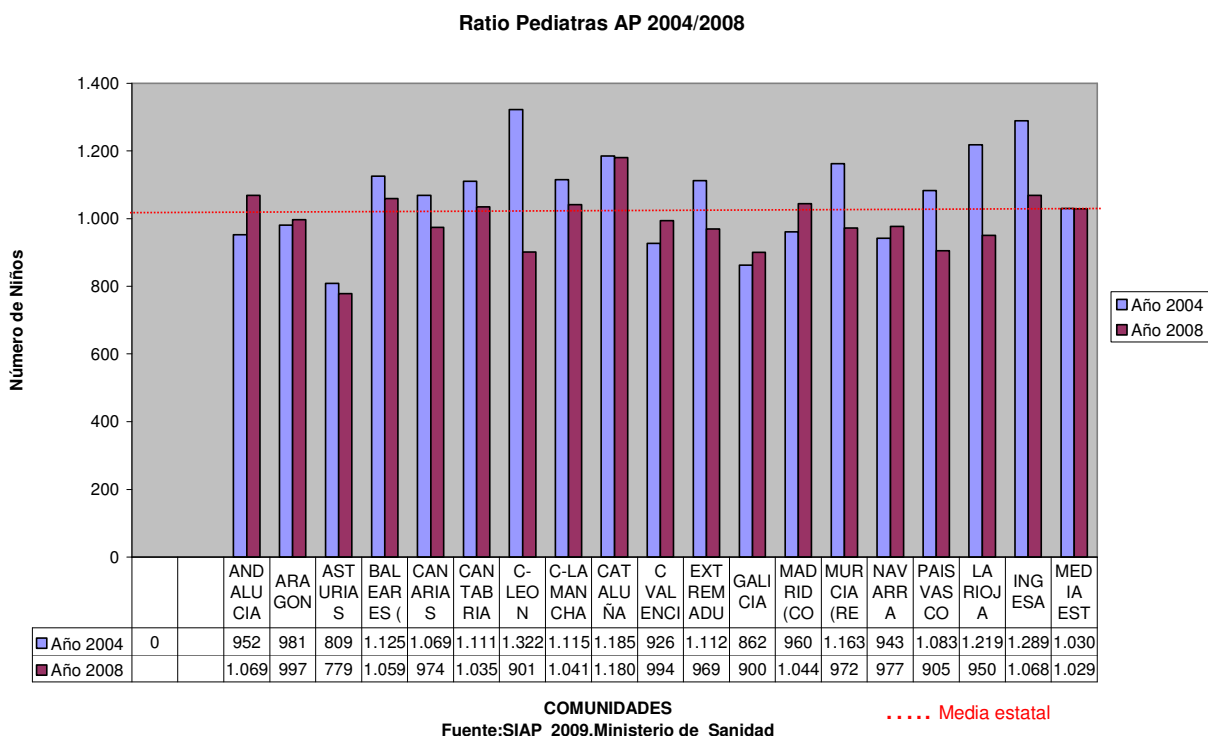


El número de personas asignadas por administrativo es superior a 3000 en ambos periodos.

Otro personal no sanitario que trabaja en los Centros de Salud (celadores, teleoperadoras, limpieza...) no aparece contabilizado, aunque el total para todo el estado en el año 2008 era de 6.8895 trabajadores según los datos disponibles del Ministerio de Sanidad.



Las ratios para enfermería están por encima de los 1600 pacientes y hay regiones como las Comunidades de Valencia y Madrid que tienen más de 1900 personas/enfermera. En general se puede afirmar que los ratios de enfermería en España son de los más altos de toda la OCDE<sup>5</sup>.



La tasa se mantiene constante y es ligeramente superior a los 1000 niños por pediatra. Sin embargo, en Andalucía y Madrid se observó un crecimiento significativo de la ratio en el año 2008.

Hay que señalar que en conjunto las diferencias observadas entre CC.AA en cuanto a dotación de personal parecen demasiado amplias, tal como ya ha sido indicado en otros informes<sup>6</sup> y se puede apreciar en el siguiente cuadro referido al año 2008.

Ratio 2008 habitantes/profesional APS :	RANGO: diferencia entre máximo y mínimo
Habitantes / medico	1069
Habitantes / pediatra	401
Habitantes / enfermera	730
Habitantes / Auxiliar administrativo	2203

Fuente: elaboración propia a partir de datos SIAP/Ministerio de Sanidad 2009

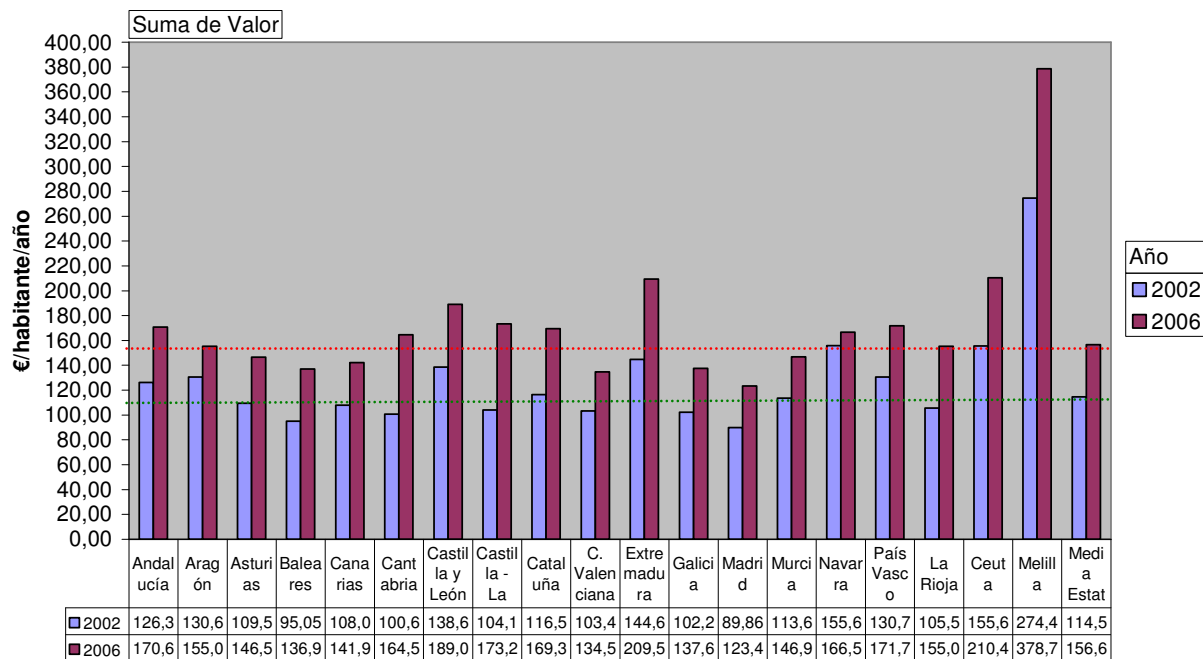
Por otra parte, no existen datos publicados desagregados y consistentes sobre tiempos de espera para ser visto en el centro de salud en la consulta del médico o la enfermera de referencia, calidad del servicio ofrecido ni de tasas de derivaciones a especializada, utilización de recursos diagnósticos y asistenciales, variabilidad



asistencial o cuantificación de resultados en salud directamente derivados de la actividad de Atención Primaria.

Indicador Gasto sanitario público en atención primaria por habitante protegido

2002/2006



Fuente: SIAP 2009. Ministerio de Sanidad

Comunidad    --- Media estatal 2002    --- Media estatal 2006

Como se ve, para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS), el porcentaje del gasto sanitario público en AP por habitante se ha mantenido en los últimos años en cifras en torno al 14% del gasto sanitario total, pasando de suponer el 13,94% en el año 2002 al 14,09% en el 2006<sup>7</sup> y significa alrededor de 180 € habitante para el año 2009, con grandes diferencias entre Comunidades, que llegan a ser de más de un 70% entre las que más gastan y las que menos como se aprecia en la tabla 3, donde se ve que las de Madrid y Valencia mantienen habitualmente los últimos lugares en cuanto a dotación presupuestaria de la APS.

Hay que señalar que en conjunto, este gasto es aproximadamente un 57% de la media que los países de la OCDE<sup>8</sup> dedican a la atención ambulatoria, muy por debajo de lo que nos corresponde por nivel de renta y ello es debido fundamentalmente a los relativamente bajos salarios que se perciben en general en la sanidad pública española respecto a esos países y a la tradicional limitación de recursos, contención del gasto, baja inversión y restricción de nuevas prestaciones practicado por parte de la administración para este nivel asistencial.

Como resumen se puede decir que la dotación de recursos de Atención Primaria en España es en general insuficiente para el tipo de organización y demandas que se atienden en los centros de salud. Esta situación se ha acentuado especialmente en la última década debido al incremento poblacional y a la mayor complejidad y el número de los problemas de salud atendidos derivados del aumento de la esperanza de vida.

Todo ello ha contribuido a que el tiempo medio de consulta, especialmente en las de medicina y pediatría se haya ido reduciendo considerablemente en los últimos años y, que parece estar situado entre los 4 y 9 minutos de media en el conjunto del Estado aunque no hay medidas precisas sobre la situación, con grandes variaciones entre Comunidades y dentro de ellas, pero alcanzando raramente niveles iguales superiores a los 10 minutos de media en ninguna<sup>9,10</sup>.

A pesar de ello la opinión de los ciudadanos suelen ser favorables y las encuestas sitúan habitualmente la satisfacción con los servicios de AP por encima del 80%<sup>11</sup>.

Como advertencia general a los datos arriba presentados hay que señalar que en todos estos recuentos no suele estar contenido el porcentaje de ciudadanos que utilizan la sanidad privada, que se ha ido incrementando progresivamente en los últimos años y que en algunas regiones donde los procesos privatizadores han sido más acentuados, como Catalunya, Comunidad Valenciana y Madrid ronda el 30% de la población<sup>12</sup>. En este porcentaje están incluidos los funcionarios y sus familias (unos 3 millones de personas que utilizan las Mutualidades de manera preferente) y el segmento de renta superior de la población al que entre otros pertenecen las élites políticas y mediáticas.

## **Problemas y amenazas para la Atención Primaria de Salud Pública en España**

### ***Los problemas***

A los seculares problemas mencionados en los párrafos anteriores se han ido sumando, en los últimos años, los derivados del proceso de mercantilización y privatización a nivel mundial que está afectando cada vez con más fuerza a los sistemas sanitarios y a la sociedad en general.

Desde casi su inicio no han existido políticas sanitarias públicas sólidas que hayan apostado por el progreso de la Atención Primaria, a pesar de la retórica habitualmente utilizada por las respectivas administraciones<sup>13</sup>, lo que ha propiciado el mantenimiento de la situación subalterna y de infradesarrollo dentro del SNS que tradicionalmente ha ocupado la APS en nuestro país, tanto en los aspectos organizativos, como presupuestariamente o de prestigio y desarrollo profesional.

La tradicional falta de recursos asignados a este nivel asistencial no ha hecho sino aumentar en los últimos años, de manera que a pesar del

incremento general del gasto sanitario público que se ha producido, la APS ha recibido progresivamente una parte relativa cada vez menor de estos incrementos. Así, el crecimiento del gasto sanitario comparado entre Primaria y Atención Hospitalaria, tradicionalmente muy desproporcionado (con una relación de casi 4 a 1 como se aprecia en la tabla 2), se ha ido incrementando todos los años de manera que entre el año 2.002 y el 2.0007, la ya importante diferencia antes existente ha tenido un incremento presupuestario relativo de un 16 % a favor del hospital.

**Tabla 2. Gasto público en Sanidad en España 2002-2007.**

GASTO TOTAL CONSOLIDADO. EVOLUCIÓN 2002-2007							GASTO PÚBLICO EN SANIDAD (PRINCIPIO DE DEVENGO)				
CLASIFICACIÓN FUNCIONAL											
	Miles de euros corrientes / porcentaje sobre el total						Variación Anual				
	2.002	2.003	2.004	2.005	2006 (*)	2007 (**)	03/02	04/03	05/04	06/05	07/06
Servicios hospitalarios y especializados	20.142.303	22.502.542	24.576.854	27.004.400	30.043.254	32.503.175	11,5	9,2	9,9	11,3	8,2
	52,2	52,4	53,0	53,4	54,0	54,0					
Servicios primarios de salud	5.879.320	6.561.856	7.148.588	7.824.212	8.443.846	9.438.423	12,1	8,9	9,5	7,9	11,8
	15,2	15,3	15,4	15,5	15,2	15,7					
Servicios de salud pública	571.254	491.616	572.054	630.734	737.797	835.340	-13,9	16,4	10,3	17,0	13,2
	1,5	1,1	1,2	1,2	1,3	1,4					
Servicios colectivos de salud	1.274.486	1.373.673	1.320.176	1.486.662	1.644.236	1.839.048	7,8	-3,9	12,6	10,6	11,8
	3,3	3,2	2,8	2,9	3,0	3,1					
Farmacia	8.487.170	9.611.402	10.152.795	10.757.586	11.303.003	11.901.950	13,2	5,6	6,0	5,1	5,3
	22,0	22,4	21,9	21,3	20,3	19,8					
Traslado, prótesis y ap. terapéuticos	630.193	694.624	767.875	799.382	971.365	1.074.905	10,4	10,5	4,1	21,5	10,7
	1,6	1,6	1,7	1,6	1,7	1,8					
Gasto de capital.	1.578.320	1.721.175	1.810.339	2.083.862	2.538.557	2.582.585	9,2	5,2	15,1	21,8	1,7
	4,1	4,0	3,9	4,1	4,6	4,3					
<b>TOTAL CONSOLIDADO</b>	<b>38.563.045</b>	<b>42.956.889</b>	<b>46.348.681</b>	<b>50.586.839</b>	<b>55.682.059</b>	<b>60.175.426</b>	<b>11,4</b>	<b>7,9</b>	<b>9,1</b>	<b>10,1</b>	<b>8,1</b>

(\*) Cifras provisionales sujetas a revisión.  
(\*\*) Cifras provisionales sujetas a revisión. Tiene carácter provisional la liquidación de Cooperaciones Locales, Ceuta y Melilla.

Fuente: Ministerio de Sanidad 11/2009

Una de las consecuencias de la insuficiencia presupuestaria es la masificación de los centros de salud cuyo grado y generalización ha ido aumentando en los últimos años y ha contribuido a una disminución de la calidad técnico-asistencial y del tiempo de atención medio dedicado a los pacientes, parámetros en cuya medición no parecen estar especialmente interesadas las distintas administraciones sanitarias. Del mismo modo la capacidad resolutoria en consulta ha disminuido al tiempo que ha ido aumentando la frecuentación de los pacientes al centro de salud, en un intento por parte de los usuarios de obtener un plus adicional de tiempo que añadir a los escasos minutos que dura la visita habitual. Esto ha contribuido, entre otros motivos, a que España sea el país de la Unión Europea (UE) a 15 en que más veces se visita al médico de AP por año, con una media de 8,1 visitas por habitante, mientras que la de la UE se sitúa en 5,8 para el año 2006<sup>14</sup>.

- Las listas de espera que parecían patrimonio del Atención Especializada han sido otro daño colateral de la saturación de los centros de salud y surgen cada vez con más frecuencia a lo largo de todo el territorio nacional; cada vez es más habitual tener que esperar varios días para ser atendido en APS, tanto en consulta como para pruebas diagnósticas. Este es un aspecto muy preocupante pues supone una quiebra grave en la accesibilidad, uno de los pilares que ha prestigiado y ha contribuido a la extensión del actual modelo de AP desde su reforma inicial.

- La rigidez y la burocratización de la organización y el funcionamiento general de los centros de salud, especialmente en la actividad de las consultas y las trabas para la realización de pruebas complementarias, derivaciones y coordinación con otros niveles, han conducido a una inadecuación creciente a las condiciones del entorno donde se ejerce la actividad, de manera que sorprendentemente hay poca diferencias entre la organización y los servicios que se priorizan entre un medio rural o urbano o entre zonas acomodadas y las socialmente desfavorecidas, como las de la periferia de las grandes ciudades. Muy relacionado con esto está la tasa de utilización del tiempo de atención a tareas burocráticas que llega hasta el 30%<sup>15</sup>, en las consultas de medicina de familia, y ha producido un grave quebranto en la motivación y el desempeño profesional de muchos médicos de AP

- La falta de definición clara de roles y reparto de tareas dentro del equipo de salud ha terminado por deteriorar la convivencia profesional y ha provocado enfrentamientos dentro de ellos, especialmente entre medicina y el resto de los estamentos del centro de salud.

- La dotación de recursos para la atención sociosanitaria en APS es generalmente escasa y no se ha integrado de manera convincente en la actividad de los equipos, de manera que en casi ningún lugar se ha conseguido evitar la aplicación de la "ley de cuidados inversos"<sup>16</sup> y por tanto el alejamiento de las capas de población más necesitadas de atención sanitaria de la obtención de la misma. De igual manera el contacto con la comunidad y las tareas de promoción de la salud por parte del conjunto del equipo de salud se han ido abandonado paulatinamente, exceptuando algunas regiones como Extremadura y algunas zonas de Castilla la Mancha en las que se ha intentado un esfuerzo integrador en los últimos años.

- Se ha intensificado la presión y penetración de la industria farmacéutica en la cotidianidad de los equipos de Atención Primaria. De manera que ésta, con una clara orientación hacia sus intereses comerciales, ha asumido gran parte de las tareas de formación continuada de los médicos y en algunos casos de enfermería, ante la inacción y falta de suministro de recursos formativos por parte de las administraciones sanitarias responsables. Consecuentemente con esta situación y el escaso apoyo institucional dedicados, la investigación y la innovación, esenciales en la mejora y desarrollo de la APS, se han resentido gravemente.

- La pérdida de liderazgo y del discurso profesional de lo público y la deriva hacia el gerencialismo, entendido como gestión encaminada a la obtención

de resultados económicos, que afecta a la Sanidad Pública en los últimos años es también patente en Atención Primaria. El impulso, el protagonismo de los profesionales y la asunción de valores centrados en la mejora del servicio público y la comunidad característicos de las primeras generaciones de profesionales de APS parecen haberse agotado y las nuevas remesas, especialmente de los médicos de familia, parecen decantarse por el enfoque biomédico y técnico de la asistencia, la limitación a objetivos mucho más centrados en lo individual o directamente el intento de huida de este nivel, de manera que se corre el riesgo de que en los próximos años la APS tenga un déficit importante de profesionales y que las plazas de formación queden paulatinamente vacantes de médicos de familia, como ya ha sucedido en las últimas convocatorias MIR, y la creciente dificultad para cubrir las plazas de pediatría de APS en algunas regiones.

- A pesar del tiempo transcurrido desde la reforma y la declaración de intenciones que entonces se hicieron, en la práctica no se ha conseguido en casi ningún caso un verdadero "empoderamiento" de la APS por parte ni de los profesionales ni de los ciudadanos en nuestro país. Todo ello a pesar de la favorable acogida que el funcionamiento actual de la APS aun mantiene entre la población<sup>11</sup>, y las, en general, aceptables condiciones laborales que tienen los trabajadores de AP, por lo que parece poco probable que ante un eventual cambio de modelo ni los profesionales ni la población general la defendiesen de manera firme, como los estudios de mercado parecen haber detectado tanto aquí como en otros lugares.

### ***Las amenazas***

En el contexto actual de limitación de recursos, deterioro asistencial e ideología favorable al mercado con sus secuelas de individualismo y resquemor hacia lo comunitario, aún más acentuados por la crisis económica, la principal amenaza que se cierne en nuestro país tanto sobre la Atención Primaria como sobre el conjunto del SNS, es la progresiva privatización de la gestión y la prestación asistencial. Para ello se viene desde hace años intentando un cambio de modelo sanitario, sustituyendo el actual, centrado en la rentabilidad social, por otro en el que primen la desregulación, los intereses económicos, las cuentas de resultados y los copagos.

Los experimentos llevados a cabo en esta dirección con distintas formas de "nueva gestión", como las de las Entidades de Base Asociativa (EBAs) en Catalunya, el modelo Alzira, que supone una absorción de la actividad de la AP por el hospital privado de referencia, o el proyecto de Área única recién instaurado en la Comunidad de Madrid, (encaminado a la destrucción organizativa de la AP, el aislamiento y la fragmentación de los equipos de trabajo y la creación de un mercado sanitario interno), no han demostrado una mayor eficiencia ni en nuestro entorno ni en el extranjero<sup>17,18</sup>. Sin embargo, más allá de las evidencias, sectores políticos, grupos empresariales y fundamentalistas del mercado, mantienen su apuesta y una presión creciente en este sentido.

-La desarticulación y la falta de coordinación entre territorios y la desigualdad asistencial en recursos y prestaciones ha ido aumentando gradualmente desde la finalización de las transferencias<sup>19</sup> y es seguro que aumente más en los próximos años ante la falta de coordinación de la que han hecho gala los responsables de los distintos servicios de salud del país y la incapacidad del Ministerio de Sanidad para encauzar el procedimiento. Ello va a colocar a la población más necesitada de atención sanitaria (niños, ancianos, pobres y enfermos crónicos) en una situación de mayor inequidad y vulnerabilidad y a las regiones más pobres en una posición de mayor desventaja en el ámbito de la salud de la que ya existe.

-La apelación a los copagos y a la limitación de prestaciones sanitarias públicas aparecen cada vez con mayor insistencia por parte de los intereses privatizadores en la Sanidad Pública y son frecuentes las declaraciones en este sentido de distintas organizaciones empresariales<sup>20</sup>, instituciones comunitarias europeas<sup>21</sup> o grupos políticos partidarios de ello.

-La influencia del modelo de Mutualismo funcional o la prestación asistencial y el control de la situación de Incapacidad Temporal por causa común de los trabajadores por parte de las Mutuas de Accidentes de Trabajo son fenómenos de creciente intrusión e influencia en la actividad de los servicios de AP y pueden suponer a medio plazo, especialmente si no son contrarrestadas por firmes políticas emanadas desde la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, el paso a manos de empresas privadas sufragadas con fondos públicos, de la asistencia sanitaria de este segmento poblacional y la creación de una pseudo-beneficencia para los "no trabajadores ni funcionarios" con prestaciones limitadas y de peor calidad y que serían atendidos por unos servicios públicos de bajo perfil.

-La medicalización progresiva y el abandono de las actividades comunitarias y de prevención parecen corolarios inexorables en este escenario, donde la regresión a mayores grados de hospitalocentrismo hace de nuevo su aparición sin que los fallidos experimentos de Gerencia única<sup>22,23</sup> (o más bien de único gerente: hospitalario) parezcan una alternativa para evitarlo.

-La centralización de la toma de decisiones en los estamentos más elevados de la organización y el aumento de la verticalidad organizativa acompañados de la ausencia de participación ciudadana y profesional.

-La insuficiencia presupuestaria, acentuada aun más por la actual crisis económica, y el incremento de las necesidades y de la complejidad de la atención sanitaria y del gasto farmacéutico, derivados del envejecimiento poblacional y las nuevas posibilidades terapéuticas, puede llevar al modelo actual de Atención Primaria en España a una situación de quiebra económica a corto o medio plazo.

### ***Las alternativas***

A pesar de todo, el actual modelo público de APS en nuestro país presenta muchos puntos fuertes (universalidad, gratuidad en el momento de uso, amplia accesibilidad, buen nivel de prestaciones y de calidad científico-técnica, diseño de trabajo en equipo y centrado en la comunidad sobre la

que se asienta) por lo que parece que en conjunto es un modelo viable y adecuado para prestar un apropiado servicio a toda la población si consigue superar los problemas y amenazas arriba comentados.

Sin embargo, el futuro de la Atención Primaria en España es incierto en estos momentos y el gran riesgo es que se abandone progresivamente su carácter público, tanto en su provisión como en su gestión y se privaticen progresivamente áreas y prestaciones. A ello puede contribuir de una manera importante el deterioro provocado por el crónico déficit económico que la APS soporta y la evidente desafección de los poderes públicos por este nivel asistencial, que no suscita la fascinación y el éxito mediático del ambiente tecnológico del hospital, pero que, sin embargo, sigue siendo imprescindible para el mantenimiento y mejora de la salud de la población general.

La rigidez y falta de desarrollo del modelo proveniente de la reforma de los años 80 esta contribuyendo a facilitar la penetración del mercado como alternativa ante los problemas actuales, al tiempo que apoya la búsqueda de "nuevas oportunidades de negocio" por parte de los sectores político-empresariales interesados en su privatización.

Aun así, los experimentos apoyados en las llamadas "nuevas formas de gestión" no se apoyan en evidencias, no parecen haber mejorado la eficiencia ni la calidad y todas tienen el riesgo de la exclusión de las poblaciones más necesitadas y vulnerables.

Por todo ello sería deseable avanzar en la mejora del modelo público de APS que, sin perder las ventajas que supone: el trabajo en equipo, la dedicación exclusiva, la cooperación (versus la competencia), y una estrategia de intervención centrada en prevenir, tratar y cuidar, que siga vinculada a un territorio cercano y de dimensiones sanitariamente manejables, con un equipo de salud funcional y multidisciplinar, en el que se impulse y fomente la capacidad de autoorganización para cubrir de manera adecuada las necesidades de salud de su población de referencia y en el que la atención sociosanitaria y el estudio de los problemas de salud medioambiental y de salud pública locales estuviesen contemplados e integrados.

Para ello parece imprescindible unas dotaciones de recursos suficientes y equilibrados respecto a otros niveles asistenciales, una definición precisa de los roles profesionales en los equipos, flexibilidad organizativa y funcional, versatilidad de sus componentes y un aumento de la capacidad resolutoria y de la calidad asistencial mediante la desburocratización de las consultas y la accesibilidad a todo tipo de pruebas diagnosticas cuando estén indicadas y sean pertinentes.

La vinculación con la comunidad, el enfoque preventivo y la recuperación de los valores propios de la Atención Primaria (continuidad asistencial, integralidad, accesibilidad y equidad), junto a la mejora del prestigio, las condiciones laborales y la autoestima entre sus profesionales son ineludibles en este proceso de revitalización que la APS pública necesita. Para que esto suceda se debería abandonar el gerencialismo imperante

entre los responsables sanitarios y aceptar por su parte un nuevo rol en el que prime la profesionalidad y un código de buen gobierno con métodos y objetivos centrados en la rentabilidad social de la atención sanitaria. El liderazgo profesional y el aplanamiento de la estructura de toma de decisiones, contando con la opinión de los ciudadanos, parecen hitos imprescindibles a cubrir en esta línea.

Por último, la coordinación y la integración de cuidados con el resto de los dispositivos asistenciales y especialmente con la Atención especializada es una asignatura pendiente cuya solución solo puede venir de la aceptación técnica, gestora y política de su imperiosa necesidad.

## **Conclusiones**

-El actual modelo público de Atención Primaria ha prestado y sigue prestando un servicio eficiente y esencial para la sostenibilidad del servicio sanitario y la mejora experimentada por la salud del conjunto de la población en España.

-Ahora, en un contexto general fuertemente privatizador y políticas neoliberales, presenta problemas de insuficiente apoyo institucional - aunque sigue siendo muy bien valorada por los ciudadanos-, de funcionamiento y de rigidez y anquilosamiento del modelo. Sin embargo, estos pueden ser superados con una apuesta política firme a su favor, una financiación suficiente y una reorganización que, manteniéndolo con sus características clásicas de puerta de entrada al sistema sanitario, trabajo en equipo y vocación comunitaria, permita el desarrollo amplio de sus profesionales y del servicio a todos los ciudadanos de manera útil y adaptada a los cambios sociales y a las nuevas necesidades de salud.

-Más aun, cuando no se han constatado en nuestro entorno modelos de Atención Primaria de Salud alternativos al actual que cubran mejor y de manera mas equitativa, eficiente y universal las necesidades de salud de la población.

## **Recomendaciones**

- Mantener el carácter público de la Atención Primaria de Salud en nuestro país, tanto en su financiación como en su gestión y provisión.

- Parar y revertir, de manera perentoria, su deterioro, fragmentación y el creciente aumento de las desigualdades en salud.

- Dotarla de los recursos y la flexibilidad organizativa suficiente para que, manteniendo sus señas de identidad: universalidad, equidad y accesibilidad, aumente su resolutivez, la capacidad de coordinación con los otros niveles asistenciales y la cantidad y calidad de los servicios que presta a los ciudadanos.



-Ligar su funcionamiento al desarrollo y mejora de la cooperación profesional y con la comunidad, habilitando cauces efectivos de participación y decisión en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud y los Servicios Regionales correspondientes.

## BIBLIOGRAFIA

1. Alberto del Pozo Robles. La Atención Primaria en España: crónica de un proceso y necesidad de reorientación.  
<http://www.1mayo.ccoo.es/nova/files/1018/CuadernoSalud1.pdf>
2. La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca.  
<http://www.who.int/whr/2008/es/index.html>
3. Prada G, et al. Challenging Health Care System Sustainability - Understanding Health System Performance of Leading Countries. The Conference Board of Canada, 2004.
4. Ministerio Sanidad y Política Social - Estadísticas Sanitarias - SIAP - Información estadística anual. <http://www.msc.es/ConsultaSIAP>
5. Simoens S, Villeneuve M, Hurst J. Tackling nurse shortages in OECD countries. OECD Health Working Papers No. 19. DELSA/ELSA/WD/HEA(2005)1.
6. Evaluación de la atención primaria en las CC.AA. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.2007.  
[www.fadsp.org/pdf/APCCAA07.doc](http://www.fadsp.org/pdf/APCCAA07.doc)
7. Borrador Informe AP21. Primera evaluación - septiembre 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social.
8. [Health at a Glance 2009: OECD Indicators](#)
9. Tiempos mínimos en las consultas médicas. Consejo General de Colegios Médicos. Comisión central de Deontología. 25 de enero de 2008  
[http://www.actasanitaria.com/fileset/doc\\_45758\\_FICHERO\\_NOTICIA\\_1970.pdf](http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_45758_FICHERO_NOTICIA_1970.pdf)
10. El estado de salud actual de la Atención Primaria en España. SEMG.Febrero 2008  
[http://www.semg.es/doc/documentos\\_SEMG/20080228\\_informe\\_ap.pdf](http://www.semg.es/doc/documentos_SEMG/20080228_informe_ap.pdf)
11. Barómetro Sanitario. Ministerio de Sanidad y Política Social
12. La Sanidad privada representa ya el 30 por ciento del total de la asistencia médica en España.  
En:[http://www.medicosypacientes.com/noticias/2009/11/09\\_11\\_26\\_privada](http://www.medicosypacientes.com/noticias/2009/11/09_11_26_privada)
13. Jiménez reivindica la Atención Primaria para la sostenibilidad de la sanidad. En:  
<http://www.europapress.es/salud/noticia-cataluna-jimenez-reivindica-atencion-primaria-sostenibilidad-sanidad-20091127204820.html>

14. Informe sobre Sanidad de McKinsey&Company. Octubre 2009.  
[http://www.cambioposible.es/documentos/sanidad\\_cambio\\_posible.pdf](http://www.cambioposible.es/documentos/sanidad_cambio_posible.pdf).
15. Los médicos de atención primaria llegan a perder un 30% de su tiempo de consulta en trámites burocráticos.- En  
[http://www.acceso.com/display\\_release.html?id=8086](http://www.acceso.com/display_release.html?id=8086)
- 16.The inverse care law. Julian Tudor Hart; Glyncorwg Health Centre, Lancet: Saturday 27 February 1971.
17. Planes, A. Gestión APS en Catalunya. Presentación 25 Aniversario Somanfyc, Diciembre 2008.
18. Effects of Pay for Performance on the quality of Primary Care in England. N. Engl. J. Med 2009;361:368-78.
19. Conclusiones IX Jornadas de desigualdades y salud. Privatización y desigualdades en salud .Cádiz, 23 de mayo de 2009.
20. 5th Annual Edition of the Euro Health Consumer Index 2009.pdf  
<http://www.healthpowerhouse.com/files/Report%20EHCI%202009%20091005%20final%20with%20cover.pdf>
- 21 El Ecofin pide a España que reforme sus sistemas de pensiones y salud. El País 2/12/2009.  
[http://www.elpais.com/articulo/economia/Ecofin/pide/Espana/reforme/sistemas/pensiones/salud/elpepueco/20091202elpepueco\\_12/Tes](http://www.elpais.com/articulo/economia/Ecofin/pide/Espana/reforme/sistemas/pensiones/salud/elpepueco/20091202elpepueco_12/Tes)
22. GERENCIA UNICA: una ilusión sin evidencia.  
<http://www.elmedicointeractivo.com/docs/documentos/documentogerencias.doc>
23. Experiencia de Gerencia Única: donde dice coordinación se quiere decir aniquilación.  
<http://www.opinionras.com/index.php?q=node/574>