

## OBJETIVO 28

**POTENCIAR LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

*En el año 2000 la atención primaria de salud en todos los Estados Miembros debería cubrir las necesidades básicas de la población mediante la provisión de un amplio rango de servicios de promoción de salud, curativos, rehabilitadores y de soporte, y apoyando activamente las actividades de autocuidados de los individuos, familias y grupos.*

**Vicente Ortún**

*Universidad Pompeu Fabra*

**Juan Gérvas**

*Equipo CESCA*

**1. INTRODUCCIÓN**

La Atención Primaria ha mejorado en España en los últimos 15 años. Es dificultoso llevar a cabo una evaluación rigurosa de la Atención Primaria en España, debido a la carencia de un sistema de información estatal con variables y definiciones constantes, que aporte datos acerca de cuestiones tan básicas como la utilización por grupos de edad, sexo y clase social. Carecemos, por ejemplo, de perfiles sistemáticos de morbi-mortalidad por áreas o zonas de salud con lo que es difícil estudiar la adecuación entre necesidades y dotaciones. Es decir: ¿por qué se hace un centro de salud aquí y no allí?, o ¿por qué se le dota con determinado número y tipo de profesionales?, o —de enorme interés— ¿cuál ha sido el impacto de la reforma sanitaria sobre la morbi-mortalidad de las distintas zonas y áreas? Sin esta información la evaluación será siempre superficial, y por aproximación. La carencia imposibilita la evaluación rigurosa y la limita a la comparación del sistema reformado con el de “cupos” (Tabla 46).

Además, la reforma del sector público no ha terminado, y el sistema de “cupos” pervive casi abandonado. Por otra parte, el sector privado también ha introducido reformas, sin demasiado éxito; por ejemplo, Sanitas intenta potenciar el pago por capitación y el papel de filtro del médico general, pero lo conseguido es poco.

**2. ESTRUCTURA**

Respecto a la estructura se ha hecho un importante esfuerzo modernizador de los edificios, evidente en las áreas rurales y suburbanas, donde ha sido más fácil la adquisición de terrenos. Si valoramos la imagen exterior de los nuevos centros de salud, en general resulta atractiva. En algunos casos el nuevo centro, de “diseño”, carece de ascensor/rampas, pese a tener consultas en la entreplanta, o faltan servicios para minusválidos; y las puertas cuentan raramente con dispositivos de apertura automática. En algún caso los nuevos edificios carecen de los necesarios despachos para la enfermería y los médicos residentes.

Se ha consolidado el puesto de trabajo de muchos profesionales, aunque todavía persisten los interinos por no haber suficientes convocatorias de oposiciones. El número de médicos de familia ha crecido sin control, lo que está generando una bolsa de paro de difícil solución. Se ha consolidado, acertadamente, la residencia y la especialidad de Medicina de Familia. Aunque se ha arbitrado un sistema de acceso al título para los médicos generales, no se han solucionado los problemas que llevan a la existencia de tres sociedades científicas, de médicos generales, de médicos rurales y de médicos de familia.

Se ha definido un mini-equipo, de médico y enfermera por cupo, integrados en una estructura organizativa, el equipo de atención primaria, que desarrolla su trabajo en un edificio característico, el centro de salud (en algunas regiones, como en la Comunidad Valenciana, las enfermeras no están adscritas a un cupo de pacientes). La media de profesionales por centro de salud es de 25, casi el doble de los recomendados para que sea posible el trabajo en equipo.

Se abolió el pago por capitación y se introdujo el pago por salario, pero manteniendo, acertadamente, el cupo; la antigua cartilla de la Seguridad Social —familiar— ha derivado en la tarjeta sanitaria, personal (incomprensiblemente, no hay acuerdo interautonómico sobre su formato y su contenido). Finalmente se

introdujo un cierto componente capitativo, que representa aproximadamente un 10% del total de los ingresos de un médico general o de familia. En las comunidades autónomas sin transferencias siguen existiendo “disfunciones” respecto a salarios, horarios y organización en el medio rural, entre el Insalud y la administración autonómica.

La definición geográfica de la población, muy rígida al comienzo, se ha desdibujado con la libre elección de médico de cabecera, incluso fuera del área geográfica, aunque el decreto de libre elección de médico de cabecera fue, y es, rechazado pasivamente en lo que respecta a aceptar pacientes de fuera de los estrechos límites de la zona.

Los centros se han dotado de material de rutina imprescindible, como oftalmoscopio; en muchos casos falta material para tareas nuevas, como cirugía menor, o para exploraciones ginecológicas. Sigue faltando material básico; por ejemplo, microscopios para el diagnóstico de frotis fresco, o material para el diagnóstico precoz de la cervicitis por clamidias (en la atención sanitaria, muchas veces, el órgano hace la función).

Se ha introducido la receta para tratamientos de larga duración, pero no se ha flexibilizado lo suficiente. Ha cambiado el modelo de baja laboral y se ha introducido el control por las mutuas laborales.

Se han implantado diversos sistemas informáticos, sin que sepamos si ha mejorado ni la información acerca de la actividad realizada, ni la calidad de la actividad clínica. Las historias clínicas mecanizadas se encuentran sólo en algunos centros y están lejos del ideal de la “historia clínica electrónica”.

### 3. PROCESO

Respecto al proceso, se ha flexibilizado el papel de filtro del médico general o de familia, al permitir la libre elección de especialista por el paciente; la situación es absurda, por cuanto no se ha cambiado la forma de pago de los especialistas, que carecen de incentivos para “captar” pacientes y, al tiempo, se ha abierto una brecha en una característica básica de la Atención Primaria, la de servir de filtro para el acceso a la Atención Especializada.

Se han introducido incentivos monetarios, muy ligados al control del gasto farmacéutico, lo que puede afectar al desarrollo de la relación de agencia si no se acompaña de una política general farmacéutica y si no se ligan al fomento de la calidad global.

Los protocolos se han generalizado sin control ni evaluación, y su calidad científica es dudosa en muchos casos; cuando se ha medido su apariencia formal la amplia mayoría carece de lo más elemental, como listado de referencias bibliográficas o mecanismo de actualización.

El médico recibe información puntual de su perfil de prescripción, sin que se haya introducido sistemáticamente la “dosis diaria definida”; no se ha medido el impacto de dicha información sobre la actividad clínica. El perfil nacional de prescripción continúa careciendo de la calidad científica esperable; por ejemplo, las resistencias bacterianas se incrementan sin cesar y los nuevos medicamentos substituyen a los previos sin que se espere ventaja alguna para los pacientes (sirva de ejemplo el escaso uso de diuréticos y beta-bloqueantes en el tratamiento de la hipertensión). El gasto farmacéutico crece sin control y no parecen tener utilidad las medidas introducidas para racionalizarlo, como la contratación de farmacéuticos en las áreas de gestión o la creación de listas negativas.

No se han definido ni el papel ni los objetivos del trabajo de enfermería, y la dejerarquización consecuente es un motivo continuo de fricción en el trabajo diario de los centros de salud. No se han evaluado las nuevas actividades, como la consulta de enfermería, aunque su organización parece disminuir la longitudinalidad de la atención.

La accesibilidad al médico de cabecera personal ha disminuido y ello explica, quizá, el aumento progresivo del uso de las urgencias. Las horas de consulta han aumentado teóricamente, pero el peso del pasado lleva a una organización modular, de un primer módulo de consultas a demanda, de dos horas y poco, en el que se atienden a los pacientes sin historia, a veces, y de un segundo módulo, de consulta programada, con tiempos de hasta treinta minutos por paciente.

Se ha implantado el uso de la historia clínica, que se utiliza, muchas veces, sólo en la consulta programada. No existe un modelo nacional de historia clínica en Atención Primaria ni se ha definido un “conjunto mínimo básico de datos” (se espera una propuesta basada, según las primeras discusiones, en el encuentro, no en el episodio o en el paciente).

Las auditorías se han generalizado como instrumento de gestión, lo que limita su impacto en la calidad clínica. Se han introducido sistemas de evaluación de la calidad, de acuerdo a unas “normas técnicas

mínimas” que son discutibles, pero podrían ser los inicios, con las auditorias, de un control de calidad serio.

La prevención forma parte de la actividad cotidiana, acertadamente, pero no se han evaluado ni su coste, ni la eficiencia, ni la oportunidad de su realización. La Sociedad de Medicina de Familia impulsa un programa voluntario de prevención (PAPPS) muy difundido, con algunos problemas respecto a la eficacia de las propuestas, pero que tiene un efecto dinamizador positivo.

El tiempo de duración de la consulta ha aumentado de media, a costa, fundamentalmente, de las consultas programadas. La causa más frecuente de consulta sigue siendo la renovación de recetas, y los intentos para evitarlo, como “la cartilla de tratamientos de larga duración”, han partido de los profesionales y no de la Administración (que debería cambiar el modelo de receta). Las bajas laborales generan consultas burocráticas que no se dan en los países de la Unión Europea, con otro modelo de certificación de la ausencia al trabajo.

Los avisos a domicilio de los médicos generales o de familia están disminuyendo; están aumentando los avisos domiciliarios a crónicos por parte de la enfermería, campo de promisión para la misma.

Se ha consolidado un fuerte movimiento de investigación y docencia que hace de la medicina general o de familia española una de las más sólidas en estos aspectos, aunque sólo se ha empezado a conquistar la fortaleza de la universidad, que se resiste. La formación continuada sigue en manos de la industria farmacéutica, salvo excepciones; las actividades de formación continuada en los propios centros de salud son escasas y de impacto desconocido en la calidad del trabajo clínico. Existe un programa de acreditación de actividades formativas de la Sociedad de Médicos de Familia y de la Sociedad de Médicos Rurales.

Existen problemas en la delimitación del contenido de la Atención Primaria, con hematólogos que controlan INR rutinarios, oncólogos que llevan pacientes terminales a domicilio, tocólogos que siguen y atienden embarazos y partos normales, pacientes de sida a los que sólo se les dispensa la medicación específica en los hospitales, y demás. La coordinación entre la primaria y la especializada ha mejorado en casos concretos pero es, en general, una asignatura pendiente.

#### **4. RESULTADO**

Respecto al resultado, carecemos de información para pronunciarnos globalmente. Los casos de tétanos han disminuido ligeramente, sin alcanzar las cifras esperables en un país desarrollado; por ejemplo, en el Reino Unido la incidencia es diez veces menor. Persisten las zoonosis, como brucelosis y triquinosis, y la sanidad veterinaria y medioambiental no han logrado coordinarse con la sanidad médica para hacer desaparecer esas y otras lacras.

La satisfacción de la población ha aumentado ligeramente, aunque no puede compararse con la satisfacción de la población de otros países desarrollados, con médicos generales con listas de pacientes, como Holanda y Dinamarca.

Quizá haya disminuido el dolor de los pacientes terminales, según se deduce del aumento del consumo de morfina y derivados, que probablemente se relaciona más con las nuevas presentaciones de opiáceos, su elevado precio y la presión de la industria farmacéutica, que con la reforma.

Han disminuido ligeramente los embarazos en las adolescentes y han aumentado los abortos terapéuticos.

#### **5. CONCLUSIÓN**

La Atención Primaria en España no se ha convertido en el eje del sistema sanitario, por falta de interés o de capacidad política, o de ambos a la vez. El sistema sanitario español sigue centrado en los hospitales; la demostración práctica palpable es la contratación de los servicios de primaria por mutuas hospitalarias en Cataluña.

La reforma no se ha completado y desconocemos su impacto sobre la salud de los españoles. El modelo único implantado en todo el territorio español debería dar paso a nuevas formas de organización y de contratación, respetando algunas características fundamentales bien aceptadas, como el pago por capitación, la existencia del cupo, el papel de filtro del médico general o de familia y la especialidad de medicina de familia.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Bolívar I, Balanzó X, Armada A, Fernández JL, Foz J, Sanz E, Torre M. El impacto de la reforma de la atención primaria en la utilización de urgencias hospitalarias. *Med Clín (Barc)* 1996;107:289-95.
2. Borrell F. Quince años de medicina familiar, 15 años de la revista *Atención Primaria* (1984-1999). *Aten Primaria* 1999;23[Supl. 1]:37-50.
3. Elola J. *Crisis y Reforma de la Asistencia Sanitaria Pública en España*. Madrid: FIS, 1991.
4. Ris H, Pané O. La reforma de l'atenció primària de salut després d'una dècada. *Fulls Economics* 1997;30:7-11.
5. Saura J, Saturno P, Gascón JJ, Montesinos MJ, Gaona JM. Evaluación de la calidad de los protocolos clínicos elaborados en la Comunidad Autónoma de Murcia. *Aten Primaria* 1999;23:204-10.
6. Villalbí J, Farrés J. Revisión crítica de la reforma de la atención primaria en Cataluña. *Quadern CAPS* 1998;27:14-22.

*Tabla 46*  
Reforma de Atención Primaria por comunidades autónomas, 1998

CCAA	CENTROS DE SALUD PREVISTOS	CENTROS DE SALUD EN FUNCIONAMIENTO	% DE CENTROS DE SALUD EN FUNCIONAMIENTO	% DE POBLACIÓN ATENDIDA POR MODELO REFORMADO
Andalucía	351	254	72,3	71,0
Aragón	121	112	92,56	85,92
Asturias	80	75	93,75	85,87
Baleares	45	41	91,11	81,47
Canarias	105	99	94,3	78,0
Cantabria	37	32	86,49	67,07
Castilla-La Mancha	187	187	100,0	93,24
Castilla-León	240	232	96,67	91,29
Cataluña	343	239	69,7	67,3
Ceuta	3	3	100,0	100,0
Comunidad Valenciana	244	226	92,59	75,28
Extremadura	99	97	97,98	95,7
Galicia	nd	193	nd	56,0
Madrid	308	289	93,8	82,8
Melilla	4	4	100,0	94,98
Murcia	71	71	100,0	87,59
Navarra	53	53	100,0	100,0
País Vasco	126	nd	nd	67,11
La Rioja	18	18	100,0	87,25

*Fuente:* Marzo M y Ferrán M. Estadísticas. *Jano* 1999;1303(nº extra Mayo):56.