



EDITORIAL

Crisis y atención primaria. Otra gestión es posible

Crisis and Primary Care. An alternative management is possible

Manuel Ferran Mercadé

Miembro del Consejo Asesor de semFYC

Recibido el 30 de agosto de 2011; aceptado el 4 de septiembre de 2011

Disponible en Internet el 21 de octubre de 2011

En agosto del año 2007 la crisis de las hipotecas *subprime* en EUA desencadenó una crisis económica sin precedentes desde la gran depresión de 1929. Los orígenes hay que buscarlos en los cambios económicos generados a partir de 1979 por los gobiernos de Margaret Thatcher y Ronald Reagan y adaptados con entusiasmo y sin apenas discusión por la mayoría de gobiernos occidentales desde 1989 tras la caída de la URSS y la desaparición de la amenaza de las revoluciones socialistas. Progresivamente las economías occidentales se orientaron hacia la especulación financiera, en detrimento de la economía productiva y de la intervención de los estados en los sectores no lucrativos para la iniciativa privada. Paralelamente se empezó a cuestionar el llamado estado del bienestar y los logros sociales alcanzados tras el desastre de las 2 guerras mundiales. Comenzaron las privatizaciones y los recortes sociales, presentados como imprescindibles para garantizar un modelo de crecimiento económico que, sin embargo propició que en EUA y Gran Bretaña, los primeros países que lo aplicaron, las desigualdades y la pobreza aumentaran y empeoraran sus indicadores sanitarios¹.

Frente a esta situación que desde los medios de comunicación y los propios gobiernos se nos presenta como inevitable, hay voces discordantes que afirman que la crisis actual es una crisis artificial, creada para satisfacer los intereses del capital financiero en su intento de desmantelar el Estado del bienestar, privatizándolo en un ataque frontal contra la protección social². El modelo que proponen es el

de incrementar la presión fiscal sobre las rentas altas y el sector financiero y reducir el fraude fiscal que supone la economía sumergida. Un incremento de los ingresos que debería invertirse en servicios públicos de calidad con generación de empleo estable y disminución de las desigualdades³.

Sea cual sea el origen de la crisis y sus posibles soluciones, la realidad es que nuestro Sistema Nacional de Salud que hasta hace poco más de un año era considerado uno de los más eficientes del mundo, ahora es cuestionado y calificado de insostenible y caro. La reducción del 10% de los presupuestos sanitarios del año 2011 en Cataluña se ve como el principio de una tendencia que obligará a revisar en profundidad el sistema actual y que debe convertirse en una oportunidad para la atención primaria^{4,5}.

El gasto sanitario público por habitante en España sigue siendo bajo si se compara con los países de nuestro entorno europeo. Los indicadores de salud y de satisfacción de los ciudadanos en cambio obtienen unos excelentes resultados⁶. Preservar los logros alcanzados en los últimos 30 años debería ser un objetivo indiscutible. Para ello hace falta una reforma en profundidad del sistema para asegurar la adaptación al nuevo marco económico, manteniendo la calidad actual sin aumentar los costes. En esta reforma la atención primaria debe ser la clave.

Starfield puso en evidencia que los sistemas sanitarios centrados en la atención primaria son más eficientes y obtienen mejores resultados⁷ y que la atención secundaria presenta unos costes más elevados y una mayor iatrogenia sin alcanzar mejores resultados⁸. Pero a pesar de ello, en España, la tendencia de los últimos años ha ido en sentido contrario. Con el objetivo de lograr la atención integral

Correo electrónico: mferran@camfic.org

y coordinada se optó por la supeditación de la atención primaria a la hospitalaria mediante las gerencias únicas, sin obtener los resultados esperados y con un incremento de costes constante. La reforma de la atención hospitalaria sigue estando pendiente. La gestión diferenciada de la atención primaria con un presupuesto definido y con capacidad real de compra de servicios especializados se apunta como una mejor solución.

El gasto en farmacia por habitante sigue siendo muy alto y su crecimiento imparable. La prescripción inducida desde la atención secundaria sigue teniendo un peso importante, así como la política de financiación de nuevos medicamentos sin que hayan demostrado mejores resultados que alternativas más económicas. Hace falta plantear reformas en profundidad desde la autorización y financiación pública de medicamentos por parte del ministerio de Sanidad, pasando por indicadores de calidad de la prescripción en todos los niveles asistenciales, la revisión del actual sistema de copago que no tiene en cuenta el nivel de renta y el sistema de pago a las oficinas de farmacia.

Los profesionales sanitarios progresivamente han sido apartados de la gestión de los recursos que manejan. Se ha impuesto un gerencialismo en el que la visión de la gestión clínica ha ido perdiendo peso frente a criterios economicistas. Las estructuras de gestión se han incrementado sin que los resultados hayan mejorado y el desánimo y la desmotivación se han extendido entre los profesionales de una manera alarmante. Frente a esta situación hace falta incentivar y motivar a los profesionales implicándolos en la obtención de mejores resultados clínicos medidos con indicadores fiables. Trabajar bien y obtener mejores resultados en salud es eficiente y económicamente rentable.

Qué hacer y cómo hacerlo implica reflexionar ampliamente sobre nuestra actividad diaria en los centros de salud. La reforma de hace 25 años heredó formas de trabajar del modelo anterior y supuso cambios entusiastas como la incorporación de las enfermeras a las consultas o los programas de actividades preventivas, que no han demostrado claramente sus resultados y que algunos cuestionan⁹. Hay que revisar qué hacemos y quién y cómo lo hace. Para aumentar el nivel de resolución habrá que dejar de hacer lo que no deberíamos haber hecho nunca para poder hacer lo que ha demostrado obtener resultados¹⁰, y redistribuir cargas de trabajo entre los profesionales de los equipos. Los profesionales de enfermería además de reforzar su papel en la gestión de la enfermedad crónica, deberán asumir más protagonismo en la atención a los procesos agudos de menor complejidad, a la vez que el personal administrativo deberá

adquirir más responsabilidad en la gestión de la burocracia inherente a la práctica asistencial.

Una atención primaria fuerte y con una gestión autónoma, en la que trabajen profesionales motivados en obtener excelentes resultados clínicos, con equipos en que la cartera de servicios esté claramente definida y las cargas de trabajo distribuidas en función del perfil de cada profesional. Una atención primaria eficiente coordinada con la atención secundaria, en el objetivo común de obtener los mejores resultados en salud, reduciendo los costes en farmacia y en derivaciones y pruebas innecesarias. Una atención primaria en que el mérito por el trabajo bien hecho prime sobre la antigüedad y donde la estabilidad laboral comporte implicación y compromiso, es una atención primaria posible. Ante la crisis económica imperante, son imprescindibles nuevas formas de gestión para preservar un modelo con excelentes resultados sin incrementar los costes. La atención primaria tiene de nuevo una gran oportunidad.

Bibliografía

1. Judt T. Algo va mal. Madrid: Taurus-Santillana; 2010.
2. Navarro V. ¿Por qué la crisis actual? [consultado 30/8/2011]. Artículo publicado en el diario PÚBLICO, 11 de agosto de 2011. Disponible en: <http://www.vnavarro.org/?p=6058>.
3. Navarro V. Las causas políticas de la crisis [consultado 30/8/2011]. Artículo publicado en el diario PÚBLICO, 14 de julio de 2011. Disponible en: <http://www.vnavarro.org/?p=5943>.
4. semFYC/WONCA Europa Declaración de Málaga [consultado 30/8/2011]. Málaga 2010. Disponible en: <http://www.semfyces/es/componentes/ficheros/descarga.php?MTAyNjY%3D>.
5. Fòrum català d'atenció primària. En tiempos de crisis más atención primaria. Disponible en: <http://forumatencioprimaria.webnode.com/news/en-tiempos-de-crisis-mas-atencion-primaria/>.
6. Navarro V, Martín-Zurro A. Proyecto de Investigación. En: La atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. Barcelona: semFYC Ediciones; 2009.
7. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*. 2002;60:201-18.
8. Starfield B, Chang HY, Lemke K, Weiner J. Ambulatory specialist use by nonhospitalized patients in US Health Plans: Correlates and consequences. *J Ambul Care Manage*. 2009;32:216-25.
9. Gérvas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet*. 2008;372:1997-9.
10. Casajuana J. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. *FMC*. 2005;12:579-81.