

# **Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud: propuestas desde la Medicina de Familia**

© 2009, Sociedad Española de Medicina  
de Familia y Comunitaria  
Portaferrissa, 8, pral.  
08002 Barcelona  
[www.semfyc.es](http://www.semfyc.es)

Coordinación y dirección editorial:

**semfyc**  ediciones

Carrer del Pi, 11, 2<sup>a</sup> pl., of. 14  
08002 Barcelona  
[ediciones@semfyc.es](mailto:ediciones@semfyc.es)

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, sin la autorización por escrito del titular del *copyright*.

ISBN: 978-84-96761-86-5

DL:

# **Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud: propuestas desde la Medicina de Familia**

## **Autores**

### **Grupo coordinador:**

Miguel Ángel Hernández Rodríguez  
Pilar Abaurrea Ortiz  
Juan de Dios González Caballero  
Rosa Duro Robles  
Cristina Rodríguez Caldero  
Josep Basora Gallisa  
Josep María Sagrera Mir  
Yolanda Ginés Díaz  
Cristina Domingo Rico

### **Grupo de Sostenibilidad de las Jornadas de Primavera semFYC 2009**

Alejandro Villena Ferrer  
Amparo Mena González  
Esteban Sampedro Martínez  
Iván Vergara Fernández  
Jaime Gonzálvez Rey  
Javier Perfecto Ejarque  
M.ª Luisa Valiente Millán  
Urko Merino Garay  
Victoria Gosalbes Soler

Este documento se empezó a elaborar en el marco de las Jornadas de Primavera de semFYC 2009.



# Índice

<b>Primera parte</b>	<b>7</b>
1. Introducción	7
2. Ejes fundamentales para promover un pacto para la sostenibilidad de la sanidad pública basado en la reforma de la Atención Primaria de Salud	11
2.1. Equidad, solidaridad y sostenibilidad económica del SNS	12
2.1.1. Inversión de España en el contexto UE: déficit de financiación global y para APS	12
2.1.2. Detección de inequidades en el SNS	13
2.1.3. Necesidad de un uso racional de los recursos sanitarios	15
2.1.4. Evaluación de la Estrategia APXXI	16
2.2. Comunidades sanas: planificación sanitaria basada en resultados en salud	16
2.3. El ciudadano como elemento central de la prestación sanitaria. Incorporación a la toma de decisiones individuales y colectivas	18
2.4. Liderazgo integrador de las autoridades sanitarias central y autonómicas	20
Bibliografía	21
 <b>Segunda parte</b>	 <b>22</b>
1. Compromiso de los profesionales y sociedades científicas	22
2. Medidas de eficiencia y racionalización del gasto	24
3. Medidas de participación ciudadana	27
3.1. Propuestas de participación ciudadana y comunitaria	30
3.2. Acciones comunitarias de éxito que pueden servir de referencia	32
4. Gestión de la demanda	33
4.1. Demanda interna	33
4.2. Gestión de la demanda externa	36
4.2.1. Plan de desburocratización de las consultas	36
4.2.2. Campañas poblacionales sobre uso racional de recursos sanitarios	39
4.2.3. Cartera de servicios	39
Bibliografía	42



# Primera parte

## Objetivos

- Promover e impulsar un pacto social por la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) como garante de la equidad y calidad en la atención sanitaria a los ciudadanos.
- Inducir a una reflexión sobre la urgente necesidad de reorientación de la Atención Primaria de Salud (APS) como eje y soporte fundamental del SNS.

### 1. Introducción

En España, la Ley General de Sanidad y la Ley de Cohesión y Calidad garantizan a los ciudadanos, de manera universal y equitativa, el derecho a la asistencia sanitaria.

La sostenibilidad del sistema sanitario depende del compromiso de los profesionales, los gestores y los ciudadanos. Todos deben hacer un uso racional de los recursos aunque éstos sean limitados, así la sanidad pública podrá seguir respondiendo a las necesidades de salud sin que dependa de la capacidad económica del ciudadano. Debemos asegurar la viabilidad de un sistema sanitario público de carácter universal y equitativo, personal y territorialmente, para que cumpla los principios de una asistencia sanitaria de calidad, que debe ser: centrado en el paciente, seguro, oportuno, efectivo, eficiente y equitativo<sup>1</sup>.

La APS es el «nivel» asistencial donde se produce el primer contacto y los sucesivos del paciente con el SNS. Es donde se realizan la mayoría de procesos de cuidados, donde se consiguen buena parte de los resultados de salud y se configuran la mayoría de las experiencias de los pacientes. La APS debe ser la unidad en sistemas sanitarios fragmentados y segmentados, y proporcionar el marco de referencia, basándose en los valores que posee<sup>2</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió dedicar su informe anual de 2008 (*Atención Primaria, más necesaria que nunca*<sup>3</sup>) a la APS como potencial inigualable. En él se identifican tres tendencias observadas en los sistemas de salud actuales:

- **Hospitalocentrismo:** continúa prevaleciendo y/o acentuándose el interés por la alta tecnología y la subespecialización; generando ineeficacia, inequidad, medicalización innecesaria y tendencia a la yatrogenia. También compromete las dimensiones humana y social de la salud. En general, nuestros hospitalares hacen una medicina más agresiva, menos segura, orientada a la patología aguda y utilizan más recursos. Por ejemplo: la epidemia del siglo XXI son las enfermedades crónicas y estos pacientes son los que bloquean un sistema sanitario orientado hacia la atención de la patología aguda, culpándolos a ellos y a la mala calidad de la Atención Primaria del uso excesivo de los servicios de urgencias. Las patologías crónicas han de ser atendidas en la comunidad de forma continuada para conseguir una vida autónoma y son precisos nuevos servicios comunitarios dirigidos a estos problemas de salud y una mejor coordinación con los especialistas (no tenemos protocolos de actuación comunes, compartimos poca información clínica electrónica y no utilizamos los mismos medicamentos). Es más fácil culpar a los más débiles: pacientes y Atención Primaria que reconsiderar el que están haciendo los hospitalares<sup>4</sup>.
- **Mercantilización:** creciente presencia e influencia de las empresas relacionadas con el mundo sanitario, no favoreciendo las políticas de salud pública/comunitaria basadas en la APS. Este enfoque disminuye la rentabilidad de una inversión excesivamente focalizada en la Atención Hospitalaria (AH), en términos económicos y de resultados en salud. Los países que han logrado ir equilibrando la relación APS-AH han conseguido significativas mejoras de sus indicadores de salud durante las últimas décadas.
- **Fragmentación:** como resultado de la multiplicación de programas y proyectos; una de las consecuencias es la pérdida de longitudinalidad e integralidad de la atención sanitaria. Esto se aleja del objetivo de organizar un sistema que ofrezca continuidad global en la prestación de atención de salud a lo largo de toda la vida y abarque el repertorio completo de las intervenciones sanitarias, desde las de prevención y promoción hasta las de atención curativa y paliativa; todo ello alrededor de las redes de los centros de salud que sean responsables de una población determinada y se coordinen con los hospitalares cercanos, así como con los recursos sociales y sanitarios<sup>2</sup>.

Además, el sistema sanitario y la APS como pilar del mismo, se enfrentan a tres grandes problemas en la actualidad<sup>5</sup>:

- La población envejece, hecho reconocido en el documento EPSSCO SAN 05, en sus conclusiones sobre la sostenibilidad de los sistemas nacionales de salud.

- La atención sanitaria es cada día más eficaz, pero más costosa en términos económicos.
- Los usuarios tienen mayores expectativas y demandas cada día más exigentes, con un fenómeno creciente de medicalización de la sociedad.

En España, la II Conferencia de Presidentes, celebrada en septiembre de 2005, destacó la necesidad de impulsar la APS y el compromiso de mejorar su capacidad de resolución y sus recursos; seguidamente, el Ministerio de Sanidad y Consumo presentó el **Proyecto AP21<sup>b</sup>**, que comenzó el 3 de noviembre de 2005 con el consenso y apoyo del Consejo Interterritorial del SNS. Según esta Estrategia, el objetivo y lo que daría la sostenibilidad al sistema es tener una APS de calidad, orientada al ciudadano, con gran capacidad de resolución y que potencie la continuidad asistencial, contando con unos profesionales motivados y capacitados y con una organización descentralizada, participada y eficiente. Por eso se proponen estrategias centradas en dos ejes fundamentales: el ciudadano y los profesionales.

## El ciudadano

Debe colaborar e intervenir en el proceso de salud-enfermedad a través del **compromiso con su salud y el uso racional de los recursos sanitarios**. Su opinión es fundamental para valorar el sistema sanitario y para abordar los cambios que lo hagan sostenible. Es preciso que los representantes de los usuarios **participen** en la determinación de prioridades sanitarias, en la definición de políticas públicas y en los órganos de gobierno de las instituciones.

## Los profesionales

Promoviendo y potenciando una **cualificación profesional de excelencia** (pregrado, posgrado y desarrollo profesional continuo) y el **perfil de gestor de la salud de las personas en el SNS** (integralidad, coordinación, enfoque biopsicosocial y comunitario, etc.) que permite organizar la asistencia sanitaria de manera eficiente. Del mismo modo, **abordar las múltiples dificultades que afrontan los profesionales de la APS** en la actualidad (presión asistencial, adecuación de plantillas, resolutividad variable según las comunidades autónomas [CCAA], heterogéneo desarrollo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, escaso tiempo para la investigación, medicalización de la sociedad, etc.).

Sin embargo y a pesar de este impulso, en España se confirman algunas tendencias contrarias a promover una atención sanitaria integral y longitudinal. La OMS advertía desafíos y sugería medidas correctoras aplicables en nuestro país en un informe elaborado en 2006<sup>7</sup>. En términos generales:

- Trabajar en la **contención de costes** a nivel central y autonómico, necesaria para la sostenibilidad del SNS, como ocurre en otros países industrializados. Para España, el informe centra las **causas más importantes del incremento del gasto** en la propia descentralización de la gestión sanitaria a las CCAA, gasto farmacéutico, sistemas de compra inefficientes e incremento de los recursos humanos.
- Poner **mayor énfasis en el desarrollo de la APS** para lograr eficiencia y contención de costes.
- **Mejorar las condiciones** laborales, carga de trabajo y estatus profesional **de los médicos de familia**, reduciendo las diferencias en la provisión de los servicios de APS entre las CCAA.
- Necesidad urgente de **mejorar el acceso a recursos sociosanitarios**.
- **Fortalecer la investigación** en ciencias de la salud.
- Necesidad de llegar a un **consenso** entre las CCAA sobre los factores que determinan la **financiación sanitaria**.
- **Carencia de un adecuado sistema de información**, que permita la coordinación y el diseño de políticas sanitarias entre administración central y autonómicas.
- **Política de recursos humanos:** disponibilidad inadecuada de profesionales; se recomienda cierto nivel de control a nivel central para garantizar los criterios y distribución de los mismos.
- Las **inequidades entre CCAA se han acentuado** con el traspaso de competencias sanitarias y suponen un riesgo que puede superar a las ventajas de la descentralización.
- Necesidad de **mecanismos de coordinación y redefinición de roles**, funciones y responsabilidades de los sistemas sanitarios y sus actores.

Como telón de fondo, el **desequilibrio presupuestario** entre el aumento del gasto sanitario y la disponibilidad de recursos es motivo de preocupación, no resuelta tras diferentes acciones o modificaciones del modelo de financiación sanitaria en los últimos años. El ciclo de **crisis económica** en el que nos encontramos inmersos, sumado a las considerables inversiones económicas realizadas en relación con el abordaje de la **pandemia de gripe A**, nos hace más conscientes de la necesidad de una reflexión en profundidad.

No es el propósito de este texto extraer o mostrar una visión negativa del SNS, considerado con merecimiento uno de los mejores sistemas sanitarios públicos del mundo<sup>8</sup>. Más bien al contrario, es el reconocimiento a este logro el motor

impulsor de este documento, que no pretende otra cosa que contribuir a mejorar y fortalecer el acceso de los ciudadanos a una atención sanitaria de calidad desde la perspectiva de la mejora de los indicadores de salud de la población española en su conjunto.

## **2. Ejes fundamentales para promover un pacto para la sostenibilidad de la sanidad pública basado en la reforma de la Atención Primaria de Salud**

La sostenibilidad del sistema sanitario es un fin en tanto que garantiza el derecho de los ciudadanos a la protección de su salud mediante un servicio público de calidad. La financiación es un instrumento que contribuye a lograr este objetivo<sup>9</sup>.

En términos generales, la APS cuenta con puntos fuertes en cualquier sistema que la hacen más sostenible que otras opciones<sup>10</sup>:

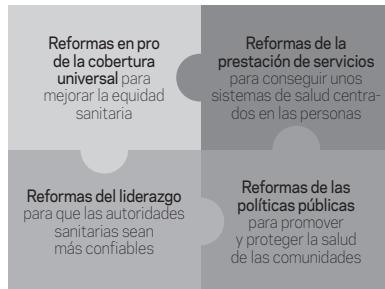
- Modelo de APS evaluado y recomendado por la OMS: disminución de la morbilidad. La principal característica es su visión integral incluyendo aspectos biopsicosociales de abordaje a la familia y a la comunidad.
- Existencia de una nueva cartera de servicios (BOE 15 septiembre del 2006) específica para APS, conforme a los principios de eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad.
- Formación posgrado, especialidad de medicina familiar y comunitaria.
- Aumento de la accesibilidad y del tiempo asistencial: jornadas completas, programa de cita previa.
- Continuidad de los profesionales.
- Alta satisfacción del usuario y aceptación del modelo de la APS.
- Informatización: de agendas, historias clínicas, acceso a pruebas complementarias; que permitan disponer de datos actualizados y fiables sobre la actividad y los resultados de los equipos y de las mejoras organizativas.

Las reformas de la APS tienen por objeto canalizar los recursos de la sociedad hacia una situación de mayor equidad con servicios de salud que giren en torno a las necesidades y expectativas de la población y políticas públicas que garanticen la salud de las comunidades. La participación de los ciudadanos y otros agentes interesados es requisito indispensable de todas esas reformas; reconocer que los intereses creados tienden a llevar a los sistemas de salud en distintas direcciones pone de relieve la importancia del liderazgo, la previsión y del aprendizaje continuo para obtener mejores resultados<sup>3</sup>.

Con este contexto se ha tomado como referencia la propuesta de reformas de la OMS en cuatro grandes apartados, que incluiremos como ejes fundamentales, incorporando elementos que se consideran necesarios para adaptarnos a nuestra realidad (figura 1).

**Figura 1.**

Reformas necesarias para reorientar los sistemas sanitarios hacia la salud para todos



Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2008: La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud, 2008.

## 2.1. Equidad, solidaridad y sostenibilidad económica del SNS

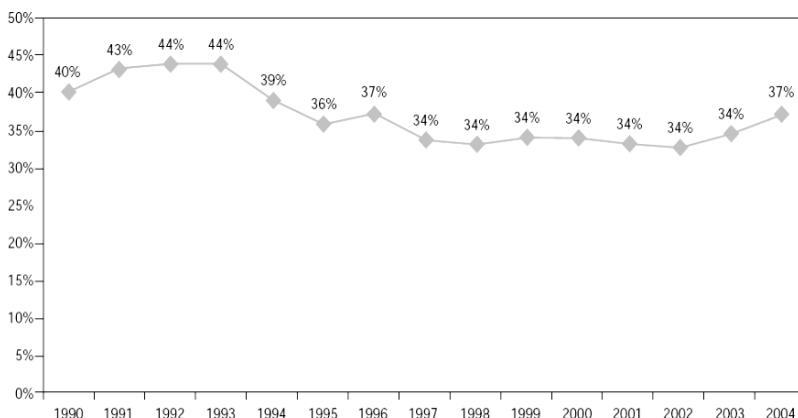
### 2.1.1. Inversión de España en el contexto UE: déficit de financiación global y para APS

Según un reciente estudio<sup>10</sup>, en 2004 el gasto público sanitario en España se situó por debajo de la media de los 15 países que integran la UE-15, tanto en términos de porcentaje respecto al producto interior bruto (PIB) como en términos de gasto por habitante. En concreto, si se analiza el **gasto sanitario público en relación al PIB**, España ocupa la posición número 14 en la lista, al presentar un valor del 6 % frente a una media de la UE-15 del 7,5 %, sólo está por debajo Luxemburgo. El **gasto público en sanidad per capita** fue de 1.329 € en España, frente a los 1.975 € de media en la UE-15, siendo los terceros del comienzo de la lista junto con Portugal y Grecia.

Además, el **gasto público en APS por habitante** se situaba tan sólo en el **37 % de la media de la UE-15**, tendencia muy distinta a la seguida por la economía española que, en términos de PIB, se sitúa alrededor del 90 % de la media comunitaria. La evolución del gasto público en APS constata una pérdida de peso considerable, que se manifiesta especialmente a partir del año 1993. En concreto, ha pasado de representar el 16,7 % del gasto público sanitario en 1991 a ser el 15,1 % en el 2005<sup>11</sup>. Una financiación claramente insuficiente y muy lejos de lo recomendado, el 25 % (figura 2).

**Figura 2.**

Gasto en atención sanitaria ambulatoria (excluido gasto farmacéutico) per cápita (euros expresados PPC índice UE-15=100).



Fuente: Navarro V, Martín-Zurro A. Proyecto de investigación: La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. Barcelona: Semfyc Ediciones, 2009.

### 2.1.2. Detección de inequidades en el SNS

#### Financiación Autonómica para APS

El análisis por CCAA del año **2004** evidencia que existe un comportamiento muy dispar entre ellas. Así, mientras en unas sus gobiernos priorizan este ámbito sanitario, en otras le prestan muy poca atención. Entre las primeras destacan Extremadura, Andalucía, Castilla y León, y Navarra y, entre las segundas, se sitúan Madrid, Baleares, C. Valenciana, Cantabria y Canarias<sup>114</sup>. Se recoge como ejemplo una de las variables estudiadas (tabla 1).

Los datos sobre financiación sanitaria actualizados a **2006** por el MSPS (Ministerio de Sanidad y Política Social) arrojan diferencias que pueden considerarse igualmente notables: el rango de inversión para AP con respecto al total del gasto sanitario oscila entre el 10,4 % de La Rioja, 11,6 % de Galicia o el 12 % de Asturias y Canarias, hasta el 16,8 % de Andalucía, el 16,4 % de Extremadura o el 14,9 % de Cataluña. En ambos años comentados y partiendo de una financiación de base que es insuficiente para APS, la heterogeneidad entre CCAA es manifiesta.

Otros datos destacables para ilustrar esta pérdida de peso en la financiación de la APS y la heterogeneidad entre CCAA son:

- La tendencia de la tasa de crecimiento anual acumulativa del gasto en Atención Primaria, 2002-2004 (figura 3).

**Tabla 1.**

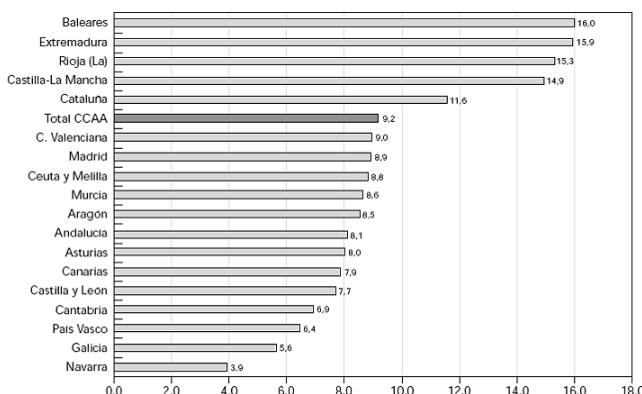
Gasto en AP por CCAA, 2004

	Miles de euros	Porcentaje s/total	Variación interanual	Porcentaje s/PIB	Euros por habitante	Euros por persona protegida	Porcentaje s/gasto público sanitario
Andalucía	1.139.237	19,4	6,8	0,99	148	158	16,4
Aragón	185.955	3,2	4,5	0,72	149	159	14,4
Asturias	148.329	2,5	12,1	0,82	138	143	12,7
Baleares	116.444	2,0	10,0	0,55	122	127	13,3
Canarias	231.988	3,9	7,4	0,68	121	127	11,2
Cantabria	71.698	1,2	10,4	0,68	129	135	11,0
Castilla y León	394.519	6,7	8,5	0,86	158	170	16,2
Castilla-La Mancha	238.988	4,1	10,0	0,84	129	136	14,1
Cataluña	1.038.021	17,6	8,1	0,66	152	156	15,1
Comunidad Valenciana	535.354	9,1	2,8	0,66	118	123	12,7
Extremadura	205.186	3,5	6,3	1,47	191	204	18,8
Galicia	316.220	5,4	6,9	0,74	115	122	11,9
Madrid	595.677	10,1	9,5	0,40	103	111	11,7
Murcia	158.464	2,7	6,1	0,75	122	131	12,3
Navarra	101.509	1,7	-0,4	0,71	174	178	15,3
País Vasco	333.871	5,7	6,3	0,65	158	162	14,5
Rioja (La)	42.217	0,7	12,5	0,68	144	151	13,5
Ceuta y Melilla	29.694	0,5	9,7	1,23	208	264	22,0
Total CCAA	5.883.380	100,0	7,2	0,70	136	144	14,1

Fuente: Estadísticas EGSP: Tablas Gasto Sanitario Público territorializado.

**Figura 3.**

Tasa de crecimiento anual acumulativa del gasto en Atención Primaria, 2002-2004.

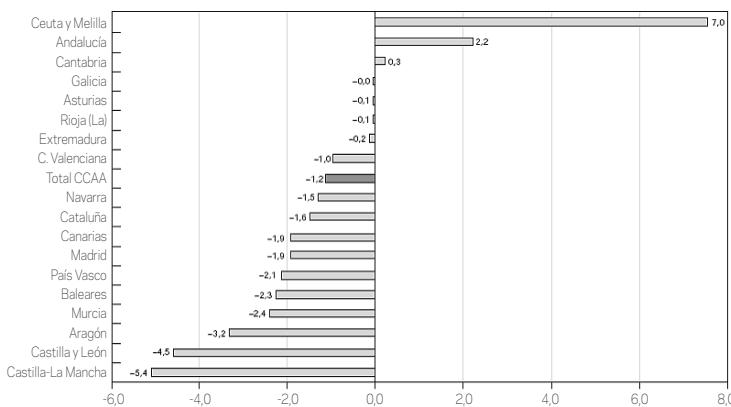


Fuente: Navarro V, Martín-Zurro A. Proyecto de investigación: La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. Barcelona: semFYC Ediciones, 2009.

- La variación del peso específico del gasto en Atención Primaria, 1995-2004 (figura 4).

**Figura 4.**

Variación del peso específico del gasto en Atención Primaria, 1995-2004 (porcentaje gasto Atención Primaria/gasto sanitario 2004-porcentaje gasto Atención Primaria/gasto sanitario 1995).



Fuente: Navarro V, Martín-Zurro A. Proyecto de investigación: La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. Barcelona: semFYC Ediciones, 2009.

### Equidad en el acceso a medicamentos (desarrollado más adelante)

Una reciente publicación<sup>12</sup> ha puesto de manifiesto las diferencias en la financiación de determinados medicamentos en función de la CA donde se resida (deshabituación tabáquica, píldora poscoital, fármacos para la disfunción eréctil, antifúngicos, antivíricos, antituberculosos, etc.), sin soporte científico aparente que justifique esta situación.

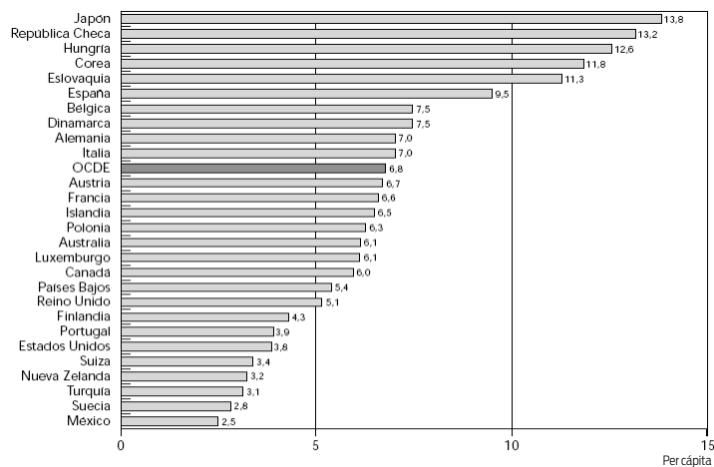
#### 2.1.3. Necesidad de un uso racional de los recursos sanitarios

Como ejemplo, en España se observa un incremento de la frecuentación y de la demanda de servicios sanitarios muy superior a la de otros países europeos, quizás debido a que la accesibilidad se ha priorizado como uno de los valores principales y no existe ningún factor modulador que limite la demanda y el acceso para problemas banales que no tendrían que contactar con el sistema sanitario<sup>11</sup> (figura 5).

Otra tendencia observada es que las clases sociales desfavorecidas utilizan en mayor proporción la APS y los servicios de urgencia, y las clases más aventajadas, la atención especializada. Este patrón se da tanto en las personas que tienen cobertura sanitaria mixta como únicamente pública. En los que tienen cobertura mixta, la utilización del especialista —no ginecólogo— es más frecuente en las clases sociales aventajadas<sup>11</sup>.

**Figura 5.**

Consultas al médico por persona durante 2005.



Fuente: Navarro V, Martín-Zurro A. Proyecto de investigación: La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. Barcelona: semFYC Ediciones, 2009.

#### 2.1.4. Evaluación de la Estrategia APXXI

Próximamente se conocerán los resultados del informe de evaluación de la Estrategia APXXI, lo que proporcionará una mayor información del SNS en su conjunto y de cada CA en particular. Todo apunta a que de este análisis se podrá obtener información valiosa y complementaria a este documento semFYC, a propósito de los modelos organizativos, actividad, carteras de servicios, indicadores cualitativos, etc. Previsiblemente se pondrá de manifiesto la heterogeneidad de la APS entre los distintos territorios españoles, no en lo básico pero sí en diferentes niveles de desarrollo por CCAA<sup>12</sup>.

Como conclusión, actualmente existen datos suficientes que apuntan hacia la necesidad de una urgente rectificación de las desviaciones presupuestarias existentes a nivel nacional e interautonómico, así como la corrección de determinadas tendencias hacia la inequidad en la prestación de los servicios sanitarios en APS.

#### 2.2. Comunidades sanas: planificación sanitaria basada en resultados en salud

Una APS bien desarrollada ha demostrado ser el ámbito asistencial más coste-efectivo en términos de resultados en salud, no sólo en la disminución de la mortalidad total y por diferentes causas<sup>13</sup>, sino también en otros diversos aspectos.

**Tabla 2.**

Contribución a la calidad de la atención

Integralidad	Continuidad de atención	Punto entrada habitual
Mejora resultados sanitarios: Forrest (1996), Chande (1996), Starfield (1998)	Menor mortalidad por todas las causas: Shi (2003), Franks (1998), Villalbi (1999), OPS (2005)	Mayor satisfacción por servicios recibidos: Weiss (1996), Rosenblatt (1998), Freeman (1997), Miller (2000)
	Menor acceso a la atención: Weinick (2000), Forrest (1998)	Mayor observancia del tratamiento y menor tasa de hospitalización: Weiss (1996), Rosenblatt (1998), Freeman (1997), Mainous (1998)
Menor número pacientes ingresados por complicaciones prevenibles de afecciones crónicas: Shea (1992)	Menos rehospitalizaciones: Weinberger (1996)	Menor uso de especialistas y servicios urgencias: Starfield (1998), Parchman (1994), Hurley (1989), Martin (1989)
	Menor nº consultas con especialistas: Woodward (2004)	Menor nº consultas a especialistas: Hurley, Martin (1989 ambos)
	Menor uso de servicios urgencias: Gill (2000)	Aprovechamiento más eficiente de los recursos: Forrest (1996, 1998), Hjortdahl (1991), Roos (1998)
Mayor recurso a la atención preventiva centrada en enfermedades (p. ej., cribado presión arterial, mamografías, citología vaginal): Bindman (1996)	Mejor detección efectos indeseables de intervenciones médicas: Rothwell (2005), Kravitz (2004)	Mejor comprensión aspectos psicológicos de problemas de pacientes: Gulbrandsen (1997)
		Mejor utilización de atención preventiva por parte de adolescentes: Ryan (2001)
		Menor riesgo de sobretratamiento: Schoen (2007)

Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2008: La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud, 2008.

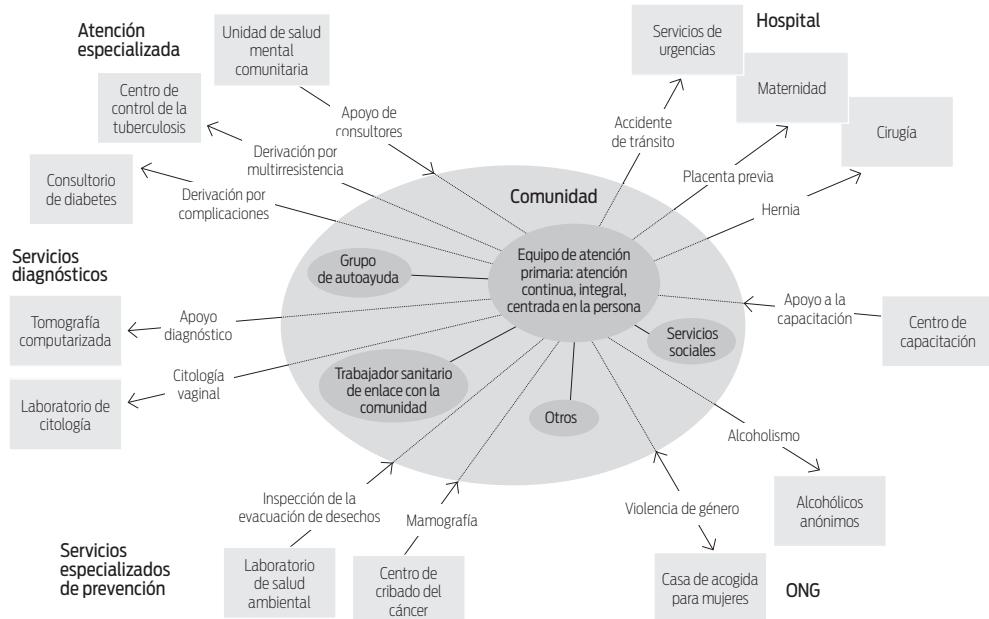
tos, como evidencia de su contribución a la calidad de la atención y al logro de mejores resultados (tabla 2).

La APS debe convertirse en una agencia de salud/gestora de servicios sanitarios con gran capacidad resolutiva que, con una dotación presupuestaria adecuada, maximice los beneficios para los ciudadanos y oriente adecuadamente las necesidades de atención en el ámbito hospitalario, sociosanitario y comunitario<sup>3</sup>.

También es necesaria la reorientación del sistema sanitario hacia la mejora de los indicadores de salud poblacionales a corto, medio y largo plazo, adaptándolo a la realidad y necesidades sociales. Esto permitiría alinear e integrar el abordaje de los problemas priorizados en los planes de salud (gestores y planificación sanitaria), con la actividad de los profesionales asistenciales y de salud pública (basada en la evidencia científica, orientada y en parte remunerada sobre la base de resultados en salud) y las expectativas de los usuarios del SNS (participación ciudadana, medida de la calidad de vida relacionada con la salud, satisfacción, etc.) (figura 6).

**Figura 6.**

La atención primaria como centro de coordinación: creación de redes en la comunidad atendida y con asociados externos.



Fuente: *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud, 2008.*

### 2.3. El ciudadano como elemento central de la prestación sanitaria. Incorporación a la toma de decisiones individuales y colectivas

La **atención sanitaria centrada en la persona** y no en la enfermedad es una característica propia de la APS y ha demostrado numerosos beneficios (tabla 3).

**Tabla 3.**

Centralidad de la persona

Mejora de intensidad del tratamiento y calidad de vida: Ferrer (2005)

Mayor comprensión de aspectos psicológicos de problemas de los pacientes: Gulbrandsen (1997)

Mayor satisfacción en la comunicación: Jaturapatporn (2007)

Mejora de la confianza del paciente al tratar problemas delicados: Kovess, Masfety (2007)

Aumento de la confianza y de la observancia del tratamiento: Fiscella (2004)

**Mejor integración de atención preventiva y promocional: Mead (1982)**

Fuente: *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud, 2008.*

**La opinión de los ciudadanos** sobre el sistema sanitario es buena, en general; en el Barómetro Sanitario de 2008; siete de cada diez encuestados consideran que funciona bien o bastante bien, valorando especialmente a profesionales, equipamiento y cartera de servicios. En el informe destaca el déficit de información percibido por los ciudadanos y la necesidad de coordinación entre las CCAA para ofrecer nuevos servicios.

Una vez más, se detectan **diferencias entre CCAA**: así, la valoración media del sistema sanitario por CA (en una escala de 1 a 10) oscila de manera considerable entre el 5,44 de Canarias o el 5,87 de Galicia, hasta el 7,08 de Asturias o el 7,01 de Navarra.

Albert J. Jovell, Presidente del Foro Español de Pacientes, en su intervención ante la Comisión de Sanidad y Consumo del Senado, expresó:

- Confianza elevada de la población en los profesionales de la salud y en el sistema público. (Estudio del año 2005 de la Universidad de Harvard y Fundació Josep Laporte en 3.000 ciudadanos españoles.)
- Escaso conocimiento por parte de la población de cómo está financiado y organizado el SNS. (Estudios cualitativos realizados por la Fundació Josep Laporte.)
- Preocupación en relación a la sostenibilidad del sistema sanitario y sobre las consecuencias de la recesión económica en la sanidad.

Y también, destacar las **preocupaciones expresadas por los pacientes**. (Estudios realizados por la Fundació Josep Laporte y por las Asociaciones de Pacientes):

- Planes de estudios de pregrado que no responden a las necesidades de la sociedad.
- Atención sanitaria que no está orientada a los pacientes.
- Modelo organizativo que no responde a las realidades y expectativas de la sociedad actual.
- Los médicos que nos atienden deben tener una competencia técnica y cultural similar a la de los médicos formados en España.
- Comunicación médico-paciente deficiente.
- Excesiva presión asistencial.
- Escaso tiempo de relación médico-paciente.
- Poca coordinación entre niveles asistenciales: primaria, hospitalaria y socio-sanitario.
- Preocupación por la fuga de profesionales al extranjero y por el déficit de profesionales.
- Principal problema identificado: tiempos y lista de espera.

Por lo tanto, desde la semFYC creemos en la necesidad de definir un **contrato social** que vincule a ciudadanos, profesionales e instituciones, con el fin de:

- Incrementar el valor del SNS como servicio esencial conocido, valorado y defendido por los ciudadanos.
- Conocer las expectativas de todos los sectores involucrados en el SNS (de hecho, toda la sociedad).
- Conseguir el *empoderamiento* progresivo de los ciudadanos para cuidar de su salud y hacer un uso racional de los recursos sanitarios, convirtiéndose en personas adecuadamente informadas y con peso específico en la toma de decisiones, tanto si se encuentran sanas como enfermas.

#### **2.4. Liderazgo integrador de las autoridades sanitarias central y autonómicas**

La utilización de la sanidad como herramienta de debate político es contraria a los intereses generales de los ciudadanos. La incorporación de nuevas prestaciones sanitarias al SNS deben figurar en la priorización de los planes de salud y ser fruto de **decisiones técnicas basadas en la evidencia científica**, vinculantes para todo el territorio nacional.

Para ello, es necesario el **liderazgo del MSPS** en su papel técnico y de soporte, identificación y homogenización de buenas prácticas. Pero además, debe existir una **corresponsabilización de las CCAA**, evitando iniciativas particulares o de partidos (creación de «frentes» o «bloques» en el seno del Consejo Interterritorial del SNS) que puedan forzar decisiones con insuficiente base científica o excesiva controversia. Toda acción en este ámbito (que en ocasiones se acompaña de grandes partidas presupuestarias) siempre tiene consecuencias en la salud de la población, tanto por la medida aprobada como por la desinversión en otras prioridades sanitarias.

Otra medida que redundaría, sin duda, en una gestión más objetiva y eficiente de los recursos sería la despolitización de los gestores sanitarios y más concretamente, la **profesionalización de los directivos** a todos los niveles del SNS, con acceso (en su mayor parte) por perfiles profesionales y no por libre designación. De hecho, es una demanda frecuente de muchos políticos cuando se encuentran en la oposición y critican la gestión de su adversario en el gobierno.

Del mismo modo, la orientación hacia resultados en salud debe ir acompañada de **evaluaciones económicas** sobre el coste-efectividad de las prestaciones sanitarias, como herramienta de planificación del SNS. En este sentido, la cartera de servicios y actividades recomendadas a profesionales y usuarios debe ser permeable y flexible a los cambios, en función de la aparición de nuevas evidencias.

## Bibliografía

1. Peiró S. Tres décadas de la evolución de la Atención Primaria en España (1976-2006). En: Escola Valenciana d'Estudis de la salut (EVES).
2. Informe del comité de expertos sobre financiación y del sistema canario de salud. Consejería de Sanidad y Consumo Canarias. Islas Canarias; 2005. Disponible en: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/gc/noticias/20060316informecomiteexpertos.pdf>.
3. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud, 2008.
4. Gené Badia J. Falàcies de la sanitat catalana. Fòrum Català d'Atenció Primària. Disponible en: <http://forumatencióprimaria.webnode.com/articles/>
5. EPSSCO SAN 05 Sostenibilidad de los sistemas sanitarios. Conclusiones del Consejo sobre Sostenibilidad de los Sistemas Sanitarios (Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs).
6. Proyecto AP21: Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria de Salud. 2007-2012. Melguizo Jiménez M, Cámara González C, Martínez Pérez JA, López Santiago A, Prieto Orzanco A, García Ortiz T, et al., coordinadores. Ministerio Sanidad y Consumo. Madrid; 2007.
7. Durán A, Lara JL, van Waveren M. Health Systems in Transition Vol 8, N4. Spain: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.
8. Prada G, et al. Challenging Health Care System Sustainability - Understanding Health System Performance of Leading Countries. The Conference Board of Canada, 2004.
9. Vilardell. Documento Marco del Grupo de Trabajo para la racionalización y la financiación del gasto sanitario. Barcelona; 2005. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir1954/doc8690.html>
10. Análisis de situación de la Atención Primaria de Salud. Documento de trabajo semFYC, 2009.
11. Navarro V, Martín-Zurro A. Proyecto de investigación: La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. Barcelona: semFYC Ediciones, 2009.
12. Vieta A, Badía X. Desigualdades en la financiación de medicamentos entre comunidades autónomas en España. Med Clín (Barc). 2009;132:364-8.
13. Macinko J, Starfield B. The Contribution of Primary Care Systems to Health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. HSR: Health Services Research 38:3 (June 2003).

# Segunda parte

## **Algunas propuestas de la semFYC para contribuir a una reforma sostenible del sistema sanitario público**

Este Documento semFYC es un primer posicionamiento de nuestra sociedad científica al respecto del grave problema de sostenibilidad que sufre el SNS (Sistema Nacional de Salud). Tras conocer los resultados de la evaluación de la Estrategia AP XXI y su posterior análisis, se generarán nuevas aportaciones y propuestas. Sin embargo, entendemos que este proceso es inaplazable y urgente para toda la sociedad española en su conjunto, por lo que adelantamos las siguientes reflexiones y propuestas de actuación:

### **1. Compromiso de los profesionales y sociedades científicas**

Hoy en día nadie dudaría del importante papel que tienen los profesionales sanitarios y las sociedades científicas (SSCC) que los representan en la sostenibilidad del sistema sanitario, su preocupación y compromiso por garantizarla. Las SSCC han demostrado su compromiso con las autoridades sanitarias participando en todos aquellos proyectos en los que se les ha solicitado colaboración. Un buen ejemplo de ello, entre otros muchos, es la participación de la semFYC en la elaboración del Proyecto Estratégico AP para el siglo XXI o la de las SSCC en los Planes Estratégicos de las Comunidades Autónomas.

Difícilmente podrían implementarse medidas eficientes dentro del sistema que no tengan en cuenta tanto a los profesionales que han de ponerlas en funcionamiento como a los ciudadanos a los que van dirigidas o podría alcanzarse un compromiso con la mejora de la calidad y la eficiencia si no se dota a los profesionales de los instrumentos y condiciones de trabajo necesarios para favorecer la correspondencia con los valores y objetivos del sistema de salud. Y sin embargo, sorprende ver la escasa intervención que tienen dichos profesionales en la toma de decisiones relacionadas con cambios que pueden afectar directamente a su trabajo diario. Actualmente, por muy diversas razones, nuestra organización sanitaria favorece bien poco tanto la participación como la autonomía de gestión y profesional.

Algunas medidas de mayor eficiencia, como pueden ser una mayor autogestión, el fomento del trabajo en equipo, la desburocratización de las consultas diarias del médico de familia, la utilización de una agenda de calidad, la búsqueda de nuevas vías de motivación de los profesionales, la búsqueda de mecanismos organizativos y de fórmulas de autorresponsabilización del usuario en el control de la hiperfrecuentación y de su propia salud, el aumento de la capacidad resolutiva de la AP con libre acceso a pruebas diagnósticas, la búsqueda de instrumentos que midan la calidad de la prescripción sin carácter meramente economicista, la aplicación de las tecnologías de la información y el acceso a los procesos asistenciales, la elaboración de programas y protocolos de actuación conjunta multidisciplinar, el fomento de las actividades de prevención y promoción de la salud, además de la actividad comunitaria o la coordinación entre niveles, dudosamente podrían tener éxito sin la participación de los profesionales en la toma de decisiones.

Por otro lado, una organización que requiere dedicación, adaptación, responsabilidad y flexibilidad, también requiere un cambio y una adaptación continuos de los profesionales que han de transmitirse en todas las esferas, incluidas las formativas y las investigadoras, tanto a nivel de pregrado como de posgrado y desarrollo profesional. Es necesario adecuar los contenidos de formación de pregrado y de posgrado a las actuales necesidades del desempeño de dichas profesiones en el Sistema Sanitario Público, haciendo especial énfasis en la metodología de la Medicina Basada en la Evidencia y en gestión clínica. Existe un distanciamiento detectado entre la formación que concierne a las profesiones sanitarias en las universidades y la realidad de las necesidades del sistema sanitario. Acerca ambas realidades, como las recientemente creadas cátedras de AP en algunas universidades, es una demanda actual y un objetivo de las SSCC. Asimismo, el nuevo Plan de formación de la especialidad ampliado a 4 años ha buscado ajustarse aún más al perfil profesional y competencial demandado en el ejercicio de AP.

No hemos de olvidar las estrategias encaminadas a mantener y mejorar la cualificación de los profesionales mediante la formación continuada. Si queremos seguir manteniendo una alta resolutividad, además de la cualificación y la demanda de una «disponibilidad de medios adecuados», también se hace imprescindible la fidelización en los puestos de trabajo, la incentivación real de los profesionales según evaluación de objetivos y resultados alcanzados sin olvidar la concienciación y capacitación del médico de familia (MF) en la «utilización racional de los recursos y la gestión de éstos».

En la era de la informatización donde el acceso al conocimiento parece estar al alcance de casi todos, con un uso irracional de los recursos y una medicalización continua, los profesionales tenemos la capacidad para trasladar mensajes de

salud a la comunidad mediante la participación ciudadana y desarrollando un papel fundamental en la coordinación de recursos sanitarios y no sanitarios, orientando al paciente al servicio más adecuado en función de su contexto.

Una propuesta interesante en este mismo sentido sería la de «definir un contrato social que vincule a ciudadanos, profesionales e instituciones» con un decálogo de derechos y deberes ajustados a la idiosincrasia del momento coyuntural y que implique a todos los responsables.

Y junto a esto, somos conscientes de la «huída» de nuestros profesionales hacia países de la UE donde son mejor valorados y tienen una mayor incentivación, o las vacantes de la especialidad de MFyC en las convocatorias MIR, o la decepción de los médicos que han elegido nuestra especialidad y optan por cambiar la formación. En una época así, parece imprescindible encaminarse a potenciar la imagen y la confianza de la AP no sólo ante los ciudadanos, sino también hacia otros colectivos de AP, estudiantes, asociaciones, incluso ante los propios médicos de familia, etc., con la puesta en marcha de estrategias de marketing que incluyan información sobre los valores de la AP, los objetivos de salud, las prestaciones de la cartera de servicios, los procedimientos y resultados de salud. Una época en la que parece necesario reivindicar nuestro «orgullo» de ser médicos de familia y profesionales de la salud.

Y detrás de todos los profesionales, o mejor, delante de todos ellos, están las sociedades científicas a las que pertenecen y que los representan, dispuestas a colaborar y participar activamente en todas las estrategias que mejoren la viabilidad del sistema sanitario, como pueden ser el diseño y la organización de la planificación sanitaria (planes de salud, guías clínicas, estrategias de gestión en los CS, planes de formación a diferentes niveles, estrategias con los ciudadanos, estrategias de marketing, etc.) o mediante asesoría activa a las diferentes instituciones objetiva y según la mejor evidencia científica disponible.

## 2. Medidas de eficiencia y racionalización del gasto

En APS, como agente de salud de los ciudadanos, este objetivo genérico se puede concretar en objetivos específicos cuya aplicación real permitiría rentabilizar la inversión en salud y contribuir a la sostenibilidad.

- **Aumento de la capacidad resolutiva de la AP.** Es necesario conseguir la máxima capacidad de resolución posible que se acomode a la elevada formación de los profesionales de AP, mediante la facilitación, por parte del sistema sanitario, de:

- **Acceso a todas las pruebas** complementarias necesarias para conseguir ese máximo nivel de resolución.
  - Planes integrales de **desburocratización** para optimizar el tiempo de dedicación al paciente por parte del profesional más adecuado y eficiente en cada momento, eliminando la burocracia innecesaria.
  - La **reorganización** de las funciones y los flujos de los profesionales del sistema, tanto en el ámbito de Atención Primaria como del segundo nivel asistencial. Potenciación del rol de enfermería en APS y optimización de las capacidades de los administrativos de los CS para dirigir adecuadamente la demanda del profesional más adecuado y eficiente. Una propuesta de reorganización que contribuiría a reducir las listas de espera del segundo nivel asistencial sería que éstos actuaran como consultores accesibles para el médico de familia, evitando desplazamientos innecesarios a los pacientes.
  - La **historia clínica electrónica única** que permita el acceso a la información compartida entre los diferentes ámbitos asistenciales. La continuidad asistencial, más que la simple coordinación, es una visión continua y compartida del trabajo asistencial en el que intervienen múltiples profesionales, en centros de trabajo diferentes, que actúan en tiempos distintos con un objetivo de resultado final común: el ciudadano. La historia de salud debe estar al servicio del ciudadano y no al servicio de los sistemas sanitarios y su objetivo fundamental es garantizar que los usuarios reciben la mejor asistencia posible independientemente de donde se produce el contacto con el sistema sanitario.
  - Integración de la gestión sanitaria y **sociosanitaria** y capacidad ejecutiva en AP para gestionar recursos en colaboración con los agentes sociales para derivar a los pacientes a los centros sociosanitarios.
  - **Desarrollo profesional continuo** mediante la utilización de herramientas de detección de necesidades de formación de los profesionales y en colaboración con las sociedades científicas, como proveedores de formación continuada.
- **Orientación hacia la evaluación de resultados y objetivos de salud comparados** por todos los implicados en los procesos de atención independiente-mente del ámbito asistencial:
  - Implementación de sistemas de información que garanticen, tanto el hecho de compartir la información clínica entre los profesionales asistenciales, como para su explotación a nivel de gestión, utilizando **indicadores de evaluación comunes**. Para ello, es necesario utilizar sistemas de evaluación transversal e indicadores comunes que analicen estructura, proceso y resultados.

- Elaboración consensuada y aplicación de protocolos, vías y circuitos conjuntos, centrados en el paciente, por **equipos de trabajo multidisciplinares y colaborativos** que superen las habituales divisiones de niveles asistenciales.
  - Utilizar en los procesos asistenciales **las guías de práctica clínica** necesarias para prestar una atención basada en la evidencia, compartidas por todos los miembros del equipo multidisciplinar. Esto implica racionalizar los recursos tanto farmacológicos como de exploraciones complementarias y ajustar los recursos a la indicación.
  - El sistema sanitario debe facilitar la implementación de las **herramientas de decisión clínica** en la historia clínica informatizada, si es posible, y si no, de la manera más accesible para facilitar su trabajo a los profesionales.
  - Es necesaria la **corresponsabilización de todos los profesionales** en la gestión de los recursos que manejamos, mediante la adherencia a las guías de práctica clínica en la misma medida.
- La implementación de medidas para la motivación y el **reconocimiento profesional** son indispensables. Mejoras en las condiciones laborales, el desarrollo profesional continuo, la diferenciación individual de los mejores profesionales y la evaluación del desempeño de cara a mantener actitudes que inicien y mantengan los cambios hacia el cumplimiento de los objetivos propuestos. Las propuestas de «café para todos» son altamente desmotivadoras.
  - Potenciar la investigación en servicios sanitarios (evaluación de modelos de atención) para implantar los modelos organizativos que consigan los mejores resultados en salud.

A nivel **macro**, hacer referencia a dos cuestiones más que también contribuyen a crear ineficiencias en el sistema. La cuestión de la publicidad de medicamentos y la existencia de varias modalidades de prestación de servicios sanitarios públicos a nivel del Estado.

- Es responsabilidad del del MSPS **la supervisión de la publicidad sobre medicamentos y productos sanitarios** ya que, aunque la publicidad directa al consumidor no está autorizada en España, de manera indirecta se crean necesidades a través de los medios de comunicación sobre ciertas patologías que, de forma inadecuada, aumentan las visitas y el consumo de fármacos.
- En relación con la existencia de **varias modalidades de prestación de servicios sanitarios públicos** a nivel del Estado, cabe decir que uno de los problemas de la Atención Primaria en España es que no es un modelo de atención pensado para toda la población. Existen coberturas especiales para ciertos grupos sociales (funcionarios, profesionales liberales, periodistas, empresas

colaboradoras, etc.), lo cual, además de ser contrario a la equidad, tiene importantes consecuencias negativas para la calidad y el buen funcionamiento del SNS. Esta exclusión de los grupos de ciudadanos potencialmente más exigentes e informados y demandantes de mayor calidad en los servicios, con gran capacidad de influencia, entre los que se encuentran muchos de los líderes de opinión, con lo que se pierde el potencial para inducir cambios y reformas por su condición de usuarios influyentes. A estos colectivos se les permite legalmente elegir y se decantan abrumadoramente por sistemas asistenciales privados (más del 85 % de funcionarios de MUFACE y MUGEJU), minando con ello la equidad, la calidad y legitimidad del SNS.

Por todo ello, es necesario proclamar el derecho a la cobertura sanitaria pública como toda la población por igual, con igual título, e igual contenido en todo el territorio español. Canadá ofrece un ejemplo interesante de país sanitariamente igualitario, al prohibir la existencia de pólizas de seguros sanitarios privados para las prestaciones cubiertas por el sistema público.

### **3. Medidas de participación ciudadana**

Desde el principio, en la Atención Primaria se dio importancia a la participación ciudadana, de ahí que surgieran los consejos de salud. En algunos lugares funcionaron, pero la rigidez legislativa, el poco estímulo de las administraciones y la falta de preparación de los profesionales, los hicieron muy poco efectivos. Los expertos también dijeron que era importante hacer educación para la salud y los médicos impartieron charlas con entusiasmo, comprobando al poco tiempo que así no se conseguía educar a los usuarios. No se cuestionaron si se había hecho algo mal y tampoco preguntaron a los pacientes qué es lo que no había funcionado, simplemente se llegó a la conclusión de que esas actividades no servían para nada y muchos se metieron en sus consultas con la intención de no volver a salir.

En 1986, al promulgarse la Carta de Ottawa, resurge de nuevo la idea de que la población tiene que participar activamente en el cuidado de su salud y de que todos los gobiernos del mundo deben tener entre sus objetivos políticos la promoción de la salud. Comienza el desarrollo de los movimientos asociativos y también programas de gran trascendencia como el de «ciudades saludables» de la OMS. Al mismo tiempo, los profesionales se sienten desconcertados por lo que cada vez era más evidente: que tener más salud no tiene que ver con el sector médico, sino con la mejora de la nutrición, de la vivienda, de la educación, es decir, con el desarrollo económico y social.

La participación ciudadana tenía como objetivo primordial la promoción de la salud, pero era más bien una declaración de intenciones que nadie sabía muy bien

cómo concretar en las actividades cotidianas. Las entrevistas clínicas seguían el estilo que Baling denominaba «detectivesco», pero no se enseñaba a los médicos a comunicarse en una relación de igualdad con los pacientes. Tendrán que pasar años hasta llegar a la entrevista motivacional, hoy generalmente aceptada para la deshabituación tabáquica y la atención al bebedor de riesgo, pero que también es la más idónea para mejorar la adherencia terapéutica cuando hay que modificar estilos de vida o para comenzar determinados tratamientos rechazados al principio (paso de antidiabéticos orales a insulina en personas mayores, inicio de quimioterapia, etc.). La entrevista motivacional es un claro ejemplo de participación e intervención del paciente en su salud individual. También el testamento vital, hoy regulado por ley en todas las CCAA, es una buena práctica en la que las personas deciden la atención que quieren recibir al final de la vida, y lo mismo sucede con la participación activa y directa en foros virtuales para realizar de forma individual propuestas de políticas de salud y de gestión sanitaria.

En la década de 1990, la Cartera de Servicios de Atención Primaria se generalizó en todo el territorio del antiguo INSALUD, con el objetivo fundamental de establecer un catálogo de servicios relacionados con los problemas de salud y las necesidades sentidas por la población. En la definición de los servicios y sus normas técnicas no participaron ni ciudadanos ni asociaciones de ningún tipo, haciendo bueno el dicho de «todo por el pueblo pero sin el pueblo». Actualmente siguen sin participar pacientes, ni asociaciones, resultando cuando menos sorprendente, pues una premisa fundamental en toda la legislación sanitaria es que el ciudadano debe ser el elemento central del sistema sanitario y, desde luego, de la Atención Primaria. Una de las consecuencias de ello es que el propio sistema sanitario es el que crea las necesidades de atención en la población y despilfarra los recursos, fomentando la hiperfrecuentación de los usuarios (múltiples revisiones de niños sanos) y medicalizando episodios biográficos naturales (frustraciones, menopausia, duelo, etc.).

Además, el desconocimiento de la Cartera de Servicios supone que los ciudadanos no conocen sus derechos, pero tampoco sus deberes, sobre la utilización responsable de los recursos. La población no es consciente del grave problema que constituye el elevado gasto farmacéutico, ni conoce la falta de eficacia de muchas pruebas diagnósticas que solicitan una y otra vez, porque los mensajes que recibe continuamente están realizados por expertos comunicadores, que mediante una publicidad engañosa pero muy atractiva, aconsejan tomar medicamentos para cualquier malestar y hacerse múltiples revisiones para conservar y mejorar la salud.

En 1996 se creó el PACAP (Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria) en la semFYC para una promoción activa de las actividades comuni-

tarias, por el convencimiento de que forman parte del perfil profesional de los médicos de familia. Los esfuerzos del trabajo asistencial resultan claramente insuficientes para solucionar muchos problemas de la consulta; cuestiones como la dependencia, los accidentes o la exclusión social necesitan la intervención de diferentes profesionales y de la propia ciudadanía.

Se denominan actividades comunitarias aquellas de intervención y participación realizadas con grupos de características, necesidades o intereses comunes, dirigidas a promover la salud, el bienestar social y la calidad de vida, potenciando la capacidad de personas y grupos para abordar sus propios problemas, demandas o necesidades. Las actividades comunitarias se realizan trabajando con grupos, desde un equipo multidisciplinar (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, etc.), con una perspectiva intersectorial (salud, servicios sociales, educación, medios de comunicación, corporaciones locales, ONG, asociaciones, etc.) y con la participación activa de los ciudadanos en todas las fases del proceso. En cada zona de salud las actividades serán diferentes según las necesidades, pero con una premisa fundamental, ni el médico, ni el equipo de salud, son los protagonistas. Todos los intervenientes son igual de importantes y los profesionales sanitarios, que son los expertos en salud, participan del mismo modo que los demás; si bien es cierto que el médico de familia tiene gran capacidad de influencia, que conviene utilizar en beneficio de todos. Participar en una actividad de salud, al mismo nivel de importancia que los servicios sociales, educativos o las asociaciones, puede resultar un poco extraño al principio, pero si se analiza bien es lo mismo que la decisión compartida con el paciente en las consultas individuales.

Dentro de este tipo de actividades se encuentra la educación para la salud a grupos, que es algo más que una simple charla. La OMS definió, en 1998, «la educación terapéutica» como la educación individual y grupal que se hace a personas con una enfermedad determinada. Es parte de la prevención secundaria, porque forma parte del tratamiento y es esencial porque si una persona no conoce bien su enfermedad, nunca estará bien controlada. La educación grupal de enfermedades crónicas, como complemento de la educación individual, al realizarse con la participación activa de los pacientes y sus familiares, produce efectos sinérgicos muy superiores a la educación individual, mejora el control de las enfermedades, disminuye el número medicamentos y la frecuentación, aunque estas evidencias deben consolidarse y ampliarse con estudios multicéntricos de investigación cualitativa.

En cuanto a los consejos de salud de zona, actividad comunitaria que la administración está impulsando de nuevo, tienen una normativa más flexible, y como órganos colegiados de carácter consultivo, ofrecen una oportunidad a los ciudadanos para plantear propuestas y recomendaciones a los directivos.

A lo largo de estos 30 años, ha quedado demostrado que la Atención Primaria es necesaria, pero también hemos aprendido que no sabemos hacerlo todo, que nuestra tarea no podemos hacerla solos y que no tenemos tiempo de hacerlo todo. Esto es muy patente en la atención a grupos especialmente vulnerables o en pacientes con enfermedades graves y prolongadas. Para atender a estas personas es imprescindible la relación con los especialistas del hospital, pero también con los servicios sociales y con los cuidadores de los enfermos, así como tener en cuenta las actividades sanitarias realizadas de forma solidaria y altruista a través de las entidades de voluntariado públicas o privadas. Es preciso tener claro que sólo una intervención integrada y conjunta de todos los actores de un proceso y una financiación compartida entre las diferentes administraciones evitará duplicidades de atención, asegurará la continuidad de los cuidados y podrá dar una respuesta eficaz y eficiente a los problemas de salud que hoy tiene la población.

La Atención Primaria sigue comprometida con una atención integral a los individuos, a las familias y a la comunidad, de forma universal, durante todo el ciclo vital, pero es necesario lograr un equilibrio entre la demanda, los derechos y los recursos para que sea sostenible. Esto es responsabilidad de los políticos, los gestores y los profesionales, pero contando con la participación activa de los ciudadanos en todos los niveles, porque no debemos olvidar que la salud es un derecho de todas las personas amparado por la ley, en el que todos estamos obligados a participar.

### **3.1. Propuestas de participación ciudadana y comunitaria**

#### **Los ciudadanos deben participar en las políticas públicas y la organización de la prestación de servicios**

- Entidades de la sociedad civil, grupos de mujeres, jóvenes y redes de pacientes, deben colaborar y dialogar sobre políticas de salud con el Ministerio de Sanidad y las consejerías correspondientes de las CCAA.
- Los planes de salud otorgarán la máxima prioridad a que el acceso a la atención sea justo y equitativo, participando en su elaboración las asociaciones de grupos especialmente vulnerables (enfermos con trastorno mental, personas con trastorno de espectro autista [TEA], enfermedad de Alzheimer y otros).
- La coordinación sociosanitaria será una realidad en todo el territorio del estado, facilitando las administraciones la relación entre profesionales de los servicios de salud y de los servicios sociales para proporcionar una atención integral cuando las personas y sus cuidadores necesitan atención simultánea o sucesiva de ambos tipos de servicios.

- Los responsables de la salud deben garantizar que los grupos vulnerables o con enfermedad grave y prolongada dispongan de una plataforma para expresar sus necesidades y que se preste atención a estas peticiones.
- Los ciudadanos podrán realizar propuestas sobre políticas de salud y de gestión sanitaria, de forma individual, mediante foros virtuales creados para este fin.

**Los problemas de salud y enfermedad escapan al control del sector salud, por tanto deben ser abordados por toda la sociedad**

- Las comunidades serán el centro del sistema sanitario, a la vez que los individuos y las familias, motivo por el que se hará hincapié en la responsabilidad local, siendo las propias comunidades las que busquen soluciones a sus problemas.
- Órganos de participación ciudadana, como los consejos de salud de zona, deben tener una normativa flexible y adaptada a las necesidades de la población.
- Se formará a los profesionales de la salud en el trabajo multisectorial para la promoción de la salud, incluyendo la relación con profesionales del sistema educativo, de los servicios sociales y otros sectores que tradicionalmente no intervienen en la salud, como la sociedad civil, el sector privado o el sector empresarial.
- Se potenciará y financiará el PACAP (Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria porque es un dinamizador de la participación comunitaria.

**Habrá una participación más efectiva de los ciudadanos en las decisiones que afecten a la salud**

- Diferentes asociaciones y representantes de pacientes formarán parte de los grupos de trabajo que elaboren y actualicen la Cartera de Servicios del SNS y de las CCAA.
- Formará parte de la práctica habitual la participación efectiva en las decisiones que afecten directamente a la salud de las personas: consentimiento informado, pactos de tratamiento, testamento vital y otras que se consideren pertinentes.
- Se formará a los profesionales de atención directa en técnicas que mejoren la comunicación con el paciente: entrevista motivacional, educación para la salud, dinámicas de grupos, etc.
- Se capacitará a los ciudadanos para participar en la mejora y la promoción de su salud individual y colectiva.

**Se proporcionará información a la población sobre los costes de la atención de salud, teniendo esta lección una enorme importancia en momentos de crisis financiera**

- Se proporcionará a los ciudadanos información completa y veraz sobre el gasto sanitario, que incluya las inversiones en Atención Primaria y especializada, el gasto farmacéutico y otros especialmente relevantes.
- En los diferentes niveles administrativos y de atención se realizará educación de los usuarios para una utilización correcta de los recursos.
- Se controlará la publicidad sobre la atención de salud en los diferentes medios de comunicación.

**Fomento y estímulo de la investigación en Atención Primaria**

- Se formará a los profesionales de AP en investigación cuantitativa y cualitativa para mejorar las evidencias científicas sobre actividades de promoción de la salud y del trabajo con la comunidad.
- Se financiarán proyectos de investigación a las asociaciones de pacientes para mejorar la atención de salud a los mismos.

### **3.2. Acciones comunitarias de éxito que pueden servir de referencia**

En el mundo entero se han realizado experiencias comunitarias que han solucionado problemas y han mejorado de forma ostensible el nivel de salud de la población. En España también se están realizando importantes acciones de participación ciudadana. Las que se exponen a continuación están vigentes y cuentan con la participación de Atención Primaria.

- La **Campaña «Mentalízate»** para prevención de drogas y lucha contra el estigma de la enfermedad mental. Comenzó en Valladolid en 2007 y actualmente es de ámbito nacional. En 2008 recibió el Premio Farmaindustria a las mejores iniciativas a pacientes. La acción la realiza FEAFES Castilla y León (Federación de Asociaciones de personas con enfermedad mental de Castilla y León).
- **Programa «Depende de ti»** dirigido a mayores de 60 años de los municipios de la provincia de Salamanca, para promover un envejecimiento activo y hábitos de vida saludables. El programa, organizado por la Diputación Provincial de Salamanca, comenzó en 2008.
- **Plan de Desarrollo Comunitario** en Barcelona, en los barrios de Chafarinas, Les Hortes y Roquetes, dentro de un programa de ámbito autonómico de mejora de la salud en los barrios, que comenzó en 2005.

- **Viure i somriure: promoció del benestar psicològic a la comunitat de Montmeló.** Esta acción comenzó en 2005 promovida por el EAP Montornès-Montmeló y continúa trabajándose según la metodología APOC en la población de Montmeló del Vallès (Barcelona). Primer premio de las Jornadas de Recerca del Vallès Oriental en 2009.
- **Proceso Comunitario Margen Derecha del Guadiana.** Comenzó en 2002 en la ciudad de Badajoz, promovido desde el Centro de Salud San Fernando de Badajoz.
- **Proyecto Progreso.** De ámbito local en la zona de salud El Progreso (Badajoz). Comenzó en 2005 promovido por el centro de salud de la zona.
- **Proyecto Comunitario de Las Remudas y La Pardilla,** desarrollado en Telde (Gran Canaria), que desde el 2001 trata la prevención en salud con especial atención al consumo de drogas desde la educación y la participación. Galardonado en 2008 con el Premio Reina Sofía.
- **1ª Feria de la Salud,** acción comunitaria de El Polvorín y San Antonio, con motivo del Día Mundial de la Salud, dentro de las actuaciones de Acción Comunitaria San Antonio-El Polvorín. Tuvo lugar el 17 de abril de 2009, en dos barrios de la ciudad de Las Palmas.
- **Proyecto marco** de educación para la salud sobre adolescencia y sexualidad. Dirigido a jóvenes y adolescentes de Madrid, comenzó en 2004.
- **Proceso de Desarrollo Comunitario Tetuán Participa,** iniciado en la Comunidad de Madrid en 2006.

## 4. Gestión de la demanda

### 4.1. Demanda interna

Una buena organización de la consulta implica mayor calidad en la atención, mejor rendimiento clínico y una elevada satisfacción personal en el trabajo diario. Necesitamos gestionar la demanda interna para conseguir una buena organización:

- Existe una necesidad reconocida de **formación en gestión de la demanda**, por parte del MF. Tanto formación general respecto a la gestión de la demanda, circuitos por los que discurre la demanda en los equipos de atención primaria (EAP) y organización de la consulta y de la agenda diaria, como actuaciones específicas como manejo del paciente hiperfrequentador.
- Necesitamos **conseguir agendas de calidad**, los profesionales del EAP han de tener control en la citación:

- Control de las citas: citar todo lo concertable (segundas visitas, las de los crónicos).
  - Desarrollar un análisis de los procesos más prevalentes, de mayor variabilidad clínica y demanda asistencial, preferentemente de enfermedades crónicas.
  - Abrir la cita al tiempo real de consulta.
  - Reducir al máximo el episodio del paciente por medio de: citación múltiple, colchones de tiempo en las agendas de médicos y enfermeras para resolver problemas que disminuyan la situación del «vuelva usted mañana».
  - Centralización de las agendas.
  - Tiempo en común de los profesionales.
  - Organizar la atención a los sin cita.
  - Adaptación de las agendas a los días de la semana, y a las épocas del año.
  - Priorizar la formación en entrevista clínica, salud mental, en especialidades que más se derive y detección y abordaje de problemas sociales.
- **Reorganización de roles profesionales** (administrativos, enfermería y MF), y de los **circuitos internos**. Intentar que los servicios al cliente en el centro de salud se realicen en el lugar más idóneo y por el profesional que resulte más eficiente. Conseguir que no se dupliquen tareas.
  - Incorporar a enfermería en la demanda sin cita o fuera de circuito, por medio de protocolos.
  - Establecimiento de protocolos de actuación entre los diferentes componentes de los EAP, especialmente médico-enfermero y enfermero-médico.
  - Asunción de tareas burocráticas o administrativas por los administrativos.
- Incorporar la gestión de la demanda a los **objetivos/incentivos del EAP** potenciando el trabajo en equipo. Vincular los sistemas de incentivos, tanto económicos como profesionales, a la gestión clínica, dirigida y participada por los propios profesionales sanitarios.
- **Revisión de los programas de salud** para adaptarlos a la evidencia científica, especialmente el programa del niño sano.
  - Implantar guías de práctica clínica para la gestión de los procesos más frecuentes identificados, diseñando circuitos asistenciales eficientes –*vías clínicas*– adaptados a las circunstancias de cada área de salud y/o centro asistencial, que conlleve una auténtica continuidad asistencial y permita la optimización en el uso de los recursos humanos, diagnósticos y terapéuticos.
  - Especial interés, análisis y organización de la atención a la urgencia/fuera de cita y la atención domiciliaria.

- **Ajuste de cupos (TIS)**, (morbilidad y mapa socioeconómico).
- Utilizar para mejorar la tecnología de la información y de la comunicación:
  - Receta electrónica como elemento de gestión.
  - Telemedicina (telefónica, videoconferencia, etc.).
  - Material de apoyo para pacientes.
  - Sistemas de apoyo a la toma de decisiones: disminución de la variabilidad en la práctica clínica.
- Evaluación de la gestión de la demanda como línea prioritaria de investigación y transferencia de prácticas con evidencia.
- **Áreas de actuación fundamentales:**
  - Mayor autonomía en la gestión de las agendas. **Flexibilización de agendas de citación:**
    - a. Aumento de la citación concertada.
    - b. Agendas flexibles adaptadas a horarios de consultas.
    - c. Agendas de calidad.
  - **Aumento del tiempo medio por consulta.** Desarrollar estrategias que permitan incrementar el tiempo que dedica el profesional sanitario en Atención Primaria a cada paciente, como son:
    - a. Existe una burocratización excesiva de las tareas asignadas al médico de familia. Es clave la toma urgente de medidas antiburocráticas en la consulta diaria del médico de familia que redunden en un mayor tiempo asistencial.
    - b. Desburocratización de las consultas, mediante programas informáticos que permitan la renovación de recetas para procesos crónicos y partes de confirmación de IT.
    - c. Gestión en equipo de la demanda inesperada. Análisis y manejo del paciente «hiperfrecuentador», regla de los «7 H+T» (7 Hipótesis + Team), las siete hipótesis de forma aislada o combinada: física, social, psicológica, familiar, cultural, administrativa, organizativa y relacional (ensayo de Juan Bellón y Antonia Rodríguez Bayón, «¿Qué hay de cierto en que se puede reducir la utilización de las consultas de los pacientes hiperutilizadores?», editorial en Atención Primaria).
    - d. Distribución de cargas de trabajo entre los profesionales. Desarrollar estudios y auditorías externas sobre cargas de trabajo de los diversos profesionales y distribuir tareas teniendo en cuenta las competencias profesionales.

- e. Priorizar la aplicación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) a los procesos asistenciales (historia clínica electrónica, acceso inmediato a estudios de imagen, receta electrónica, bases de datos integrales de gestión y tarjeta sanitaria electrónica).
- f. Promover nuevas fórmulas de vinculación de los profesionales sanitarios con el sistema, que permitan flexibilizar horarios laborales y turnos para dar respuesta a nuevas necesidades y una mejor adaptación a las características del mercado laboral, actualizando las posibilidades de las bolsas de contratación.

## 4.2. Gestión de la demanda externa

### 4.2.1. Plan de desburocratización de las consultas

Aproximadamente el 30 % del tiempo de consulta del médico de familia está dedicado a actividades burocráticas que es ineludible racionalizar: dejando en la consulta solamente las imprescindibles, eliminando de la cartera de servicios o derivando a otros niveles asistenciales las actividades que no son propias del médico de familia y resolviendo las restantes en otros estamentos de los EAP.

A continuación desglosaremos los distintos apartados y las posibles soluciones:

- A. Criterios y actuaciones de mejora de la coordinación y continuidad asistencial, accesibilidad y resolución:
  - Derivaciones y visitas sucesivas. Las visitas sucesivas han de ser programadas desde el centro o servicio en donde sean generadas y no necesitan la participación del médico de familia en el proceso. La derivación de un médico del servicio de urgencias o de un especialista hospitalario a otro médico de atención especializada no requiere ningún documento de derivación del médico de familia. En caso de tratarse solamente de una recomendación de derivación, será el médico de familia el que decida, bajo su criterio, el hacerla o no.
  - Formalización de solicitudes de pruebas complementarias. El médico responsable de generar o indicar la realización de una prueba complementaria es quien la ha de solicitar y su programación se realizará en el centro sanitario que atiende al paciente, quien dispondrá del correspondiente documento al salir del mismo, de manera que el médico de familia no formará parte del circuito, sin menoscabo de la necesidad de ser informado.
  - El médico de familia ha de disponer de información sobre las listas de espera de las consultas externas especializadas. Las entidades proveedoras han de facilitar y garantizar una información precisa y actualizada sobre las listas de espera de las consultas externas especializadas y la información

sobre el tiempo promedio de espera de las listas de espera ha de estar a disposición del médico de familia.

- B. Criterios y actuaciones de mejora de la continuidad de los tratamientos farmacológicos entre Atención Primaria, hospitalaria y salud mental:
- Homogeneidad de criterios en la selección de medicamentos. Mecanismos de coordinación clínica: elaboración de guías farmacoterapéuticas y de actuación en urgencias para patologías que tengan un tratamiento compartido entre Atención Primaria, hospitalaria y urgencias. El paciente, al salir del hospital, dispondrá de las recetas médicas oficiales correspondientes y del informe clínico sobre el tratamiento farmacológico recomendado.
  - Continuidad de los tratamientos farmacológicos en consultas externas especializadas. Esta continuidad se facilitaría en el marco de la historia clínica compartida y la receta electrónica. Mientras no sea posible, el médico de familia hará constar en el volante de interconsulta el motivo de consulta, un resumen de la historia clínica y el tratamiento farmacológico que está recibiendo el paciente. **El médico de atención especializada hará llegar al médico de familia un informe clínico**, preferentemente por vía electrónica, en donde conste la identificación clara del paciente y del médico, la prescripción o recomendación de tratamiento, indicando principio activo, posología, duración del mismo, las pruebas realizadas, el diagnóstico u orientación diagnóstica y la pauta de seguimiento. También está obligado a formalizar la primera prescripción en receta médica oficial de los nuevos medicamentos que indique. En el caso de que la receta precise validación, ésta se realizará en los servicios hospitalarios correspondientes. El médico de familia concilia la medicación prescrita o recomendada con la que previamente estaba tomando el paciente, con la finalidad de mejorar la seguridad del tratamiento y la adherencia y comprensión por parte del paciente.
  - Continuidad del tratamiento farmacológico en el alta hospitalaria o en el servicio de urgencias. Se actuaría igual que en el apartado anterior cuando se especifican las obligaciones del médico de atención especializada (recalcando la prescripción en receta médica oficial de los medicamentos recomendados, en todos los servicios hospitalarios incluyendo urgencias) y del médico de familia en la conciliación de la medicación prescrita.
  - Mecanismos de resolución de posibles discrepancias. De acuerdo con la normativa vigente, el médico del sistema público de salud no tiene obligación legal de prescribir un medicamento si no lo considera adecuado, aunque previamente lo haya indicado otro médico, ya sea del ámbito público o privado. Según su criterio, queda abierta la posibilidad de poderlo hacer si está de acuerdo con los criterios del otro profesional. Con carácter general, la

resolución de las posibles discrepancias o conflictos en el tratamiento o en la conciliación han de solucionarse en el seno del marco clínico y en ningún caso el ciudadano ha de intervenir en la gestión de la resolución de la discrepancia o conflicto entre los médicos. En el caso de que no se haya podido resolver la discrepancia, la correspondiente entidad proveedora será la responsable de garantizar el acceso al tratamiento del paciente y establecer los mecanismos de resolución y la Unidad de Atención al Usuario del centro ha de dar soporte al procedimiento.

C. Emisión de informes sobre el estado de salud a petición del usuario.

- El médico de familia y el médico de atención especializada son responsables de la emisión de este documento, que puede ser cumplimentado en un informe médico o en un certificado médico oficial y se rellenará de acuerdo con la información que consta en la historia clínica del solicitante, en el momento de la consulta.
- En el caso de que para la elaboración del informe solicitado por el usuario se requiera la realización o la indicación de pruebas diagnósticas o exámenes complementarios, el médico no tiene la obligación de realizarlas si no lo considera adecuado y en este caso podría abstenerse de emitir el informe sobre el estado de salud (Real Decreto 1030/2006).
- El médico de familia y el médico de atención especializada no tienen la obligación de realizar los reconocimientos y las valoraciones extraordinarias de la capacidad funcional para la realización de actividades particulares, habilidades específicas (aquí entrarían los certificados de aptitud deportiva) o funciones laborales o profesionales (Real Decreto 1030/2002).
- En los casos en los cuales el contenido del informe sobre el estado de salud que se solicita venga determinado por una norma específica de carácter legal o reglamentario, el contenido ha de ajustarse a lo que disponga la norma específica: leyes, decretos y órdenes. Por lo que quedan fuera de esta consideración los meros actos administrativos (ayudas, convocatoria de oposiciones, subvenciones, etc.).

D. Informes varios, comunicados y registros de actividad.

Hay que seguir negociando y presionando a la administración sanitaria para modificar e informatizar los obsoletos informes, de nula utilidad clínica para la valoración de discapacidades, dependencias, ayudas domiciliarias, ingresos en residencias geriátricas, prestaciones sociales (INSERSO, INSS, Ayuntamientos, Bienestar Social, etc.). Asimismo, es imprescindible avanzar en la modificación de la Ley Reguladora de la Incapacidad Temporal, en su vertiente burocrática y eliminar los elementos ineficientes de la misma.

#### **E. Justificantes de asistencia a la consulta y de ausencia escolar.**

Los justificantes de asistencia a la consulta serán expedidos en el área administrativa y no en la consulta del médico.

La falta de asistencia a la escuela de un niño o de un joven por enfermedad ha de ser justificada en la escuela por los padres o tutores.

#### **4.2.2. Campañas poblacionales sobre uso racional de recursos sanitarios**

Poco hay que añadir a lo expresado por Cristina Domingo y Cristina Rodríguez en sus documentos: *Medidas de eficiencia y racionalización del gasto y medidas de participación ciudadana*, excepto un único apartado:

Máxima difusión y divulgación en los medios de comunicación y en carteles informativos en los centros de salud del «**Compromiso social del Médico de Familia**» y del «**Compromiso del ciudadano**» por la sostenibilidad del sistema sanitario, pendiente de elaboración.

#### **4.2.3. Cartera de servicios**

La cartera de servicios de la sanidad pública y en particular de la Atención Primaria es el quid de la cuestión (como se dice popularmente: «hemos de saber claramente y de forma pormenorizada el que entra y el que no entra dentro de las prestaciones de la sanidad pública»). Y previamente es necesario que se cumplan dos premisas para asegurar la equidad del sistema:

- A. Pacto político de Sanidad:** es imprescindible dejar de utilizarla como elemento de desgaste del gobierno de turno cada vez que se intenta alguna tímida medida de racionalización y de sostenibilidad del sistema. Los partidos políticos han de llegar a acuerdos en materia sanitaria y no utilizar la sanidad como «arma electoral» ya que quita o da muchos votos y acaba siendo un tema tabú que nadie osa enmendar, con la decepción perenne de los profesionales sanitarios...
- B. Cobertura sanitaria pública para toda la población por igual, con una única modalidad de prestación de servicios sanitarios públicos y desaparición de los privilegios y las coberturas especiales para ciertos grupos sociales muy influyentes que vulneran la equidad del sistema.**

Cada comunidad autónoma dispone de su propia Cartera de Servicios de Atención Primaria, con un catálogo desarrollado de forma genérica y más o

menos detallada y en lo único que coinciden es en la no participación de las asociaciones ciudadanas ni de los usuarios de la sanidad, resultando sorprendente, pues el ciudadano debe ser el elemento central del sistema sanitario y de la Atención Primaria.

La Cartera de Servicios se define como el conjunto de servicios que responden a necesidades y demandas de la población, sustentados en criterios científico-técnicos y en las prioridades de la política sanitaria de cada región.

La oferta de servicios de Atención Primaria comprenderá servicios hacia las personas, familias y grupos sociales, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, rehabilitación y cuidado paliativo, así como actividades de docencia, formación e investigación, gestión de la atención y cooperación entre niveles e intersectorial, que garanticen la consecución de los objetivos de equidad, efectividad, eficiencia y viabilidad del sistema en un marco de calidad. Esta oferta de servicios ha de tener un carácter dinámico y flexible, permitiendo que los servicios sean revisados periódicamente en consonancia con el avance científico y las nuevas necesidades de salud de la población.

La Cartera de Servicios ha de sustentarse en cuatro principios esenciales que le dan coherencia interna: ha de partir del análisis de las necesidades de salud de la población, tanto las percibidas como las asignadas, y entendiendo que los ciudadanos han de actuar como partícipes y responsables de su propia salud. El modelo de salud ha de ser integral, con una atención biopsicosocial y asignando especial atención a la promoción y prevención de la salud. El médico de familia ha de ser un profesional responsable de la gestión, tanto de los problemas de salud de los ciudadanos, como de los recursos del Sistema Nacional de Salud y que desarrolle su actividad priorizando el trabajo en equipo y en colaboración con los diferentes profesionales del ámbito sociosanitario. Finalmente, la Cartera de Servicios de Atención Primaria ha de comprometerse con la armonización de los objetivos del SNS, con especial imbricación con las áreas del resto de niveles asistenciales, la Salud Pública y la Atención Sociosanitaria.

### **En aras a la sostenibilidad del sistema sanitario público, ¿hay que limitar la cartera de servicios?**

Si no hay suficientes recursos, o hay que aumentarlos o habrá que tener la valentía política de limitarla y explicarlo a los ciudadanos. Lo que es insostenible es la imagen actual de que todo entra en el catálogo de servicios: «vaya al médico cuando quiera, las veces que quiera, para lo que quiera y a la hora que quiera que se le dará un servicio a la carta».

Para ello, es imprescindible definir lo más claramente posible la cartera de servicios de Atención Primaria para que el ciudadano sepa a lo que tiene derecho y a lo que no (p. ej., en odontología entra la extracción dentaria pero no el empaste ni la ortodoncia, en oftalmología entra la visita pero no las gafas y así como a nadie se le ocurriría presionar para que le recetaran unas gafas, si la cartera de primaria estuviera bien especificada, tampoco se presionaría para que el médico de familia extienda una baja laboral, derive a otro especialista o solicite una prueba complementaria, etc.).

### **¿Qué debería hacerse para evitar el mal uso y el abuso en la utilización de los servicios sanitarios?**

En España se observa un incremento de la frecuentación y de la demanda de los servicios sanitarios muy superior a la de otros países europeos, quizá debido a que la accesibilidad se ha priorizado como uno de los valores principales y no existe ningún factor modulador que limite la demanda y el acceso para problemas banales que no tendrían que contactar con el sistema sanitario.

Por lo tanto, habría que:

- A. Divulgar y dar a conocer a la población la cartera de servicios para que conozcan sus derechos y deberes en la utilización de los servicios sanitarios.
- B. Desarrollar mecanismos de penalización a los ciudadanos que hagan un mal uso, ya que con su actitud están perjudicando al resto de los usuarios de la sanidad pública.

## Bibliografía

1. Martín-García M, Ponte-Mittelbrun C, Sánchez-Bayle M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gaceta Sanitaria*. 2006;20(Supl 1):192-202.
2. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Disponible en: <http://paho.org>
3. Cartera de Servicios de Atención Primaria. INSALUD. Madrid, 2001. p. 11-13.
4. Cartera de Servicios de Atención Primaria (Introducción). Junta de Castilla y León. 2008.
5. Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP). semFYC. Disponible en: [www.pacap.net](http://www.pacap.net)
6. II Plan Sociosanitario de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Valladolid. 2003.
7. Medidas concretas para la desburocratización de las consultas de Atención Primaria. En: semFYC. Documentos semFYC n.o 25. Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud: propuestas desde la Medicina de Familia. Barcelona: semFYC, 2009.
8. El compromiso del médico de familia. Grupo de ética de la CAMFiC. Disponible en: <http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTreball/Arxius/Etica.aspx>
9. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca. OMS, 2008.
10. Navarro V, Martín Zurro A. Proyecto de investigación: La Atención Primaria de Salud en España y sus Comunidades Autónomas. Barcelona: semFYC Ediciones, 2009.
11. Gené Badía, J. Falàcies de la sanitat catalana Fòrum Català d'Atenció Primària. Disponible en: <http://forumatencioprimaria.webnode.com/articles/>
12. A la seva salut. Grupo de ética de la CAMFiC. Fòrum Català d'Atenció Primària. Disponible en: <http://forumatencioprimaria.webnode.com/articles/>
13. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Propuesta de la semFYC. Junio 2004.
14. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Rico A, Saltman RB, Boerma W, editores. Disponible en: [http://www.euro.who.int/Document/E87932\\_chapt1.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E87932_chapt1.pdf)
15. Starfield B, Fryer GE Jr. The primary care physician workforce: ethical and policy implications. *Ann Fam Med*. 2007 Nov-Dec;5(6):486-91.
16. Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2008-2025). Diciembre 2008. Disponible en: [http://www.mspes.es/profesionales/formacion/docs/necesidadesEspecialistas2008\\_2025.pdf](http://www.mspes.es/profesionales/formacion/docs/necesidadesEspecialistas2008_2025.pdf)
17. Barrios L, García JN, Llergo A, Pérez E. Continuidad Asistencial. Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: <http://www.conganat.org/SEIS/informes/2004/PDF/CAPITULO10.pdf>
18. Freire Campo JM. La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento. En: Ramón Repullo J, Otero Ochoa LA, coordinadores, un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible. 1.<sup>a</sup> ed. Ariel, 2005.

