

Juan Simó Miñana

## «En atención primaria no tenemos un generador de energía profesional»

**Juan Simó Miñana (Gandía, 1962) es médico de atención primaria desde hace casi un cuarto de siglo. Actualmente ejerce en el centro de salud Rochapea de Pamplona, aunque se especializó como médico de familia y ejerció como tal durante casi dos décadas en el centro de salud Altabix de Elche. Es considerado un referente científico dentro de la profesión debido a sus numerosas publicaciones, caracterizadas por su rigor y por la contundencia de los datos que maneja. Ha escrito sobre todo sobre las carencias de la atención primaria, a la que ha convertido en su «cenicienta» particular. Nos ha mostrado su «techo de cristal» y en su blog *Salud, dinero y atención primaria* (<http://saluddineroy.blogspot.com.es>), cifra a cifra, gráfico a gráfico, nos demuestra cada semana que en la sanidad española quedan muchas cosas por mejorar.**



**Doctor Simó, en una de las últimas entradas de su blog se lamentaba de que 30 años después de la reforma de la atención primaria nadie se haya acordado de ella.**

Es cierto, en enero del pasado 2014 se cumplieron 30 años del inicio de la reforma. Nuestra atención primaria (APS) ha pasado su infancia, su adolescencia y llegado a su madurez. Si se tratara de un médico, a esa edad estaría ejerciendo sus primeros años de especialidad con el máximo potencial de ilusión y de capacitación clínica para enfrentar todo el recorrido profesional que le queda por delante. Sin embargo, nuestra APS padece progeria. A sus 30 años de vida está agotada, se mueve torpemente, en un estado todavía vigil pero prácticamente arreactivo, con escaso músculo para influir en el sistema por la progresiva atrofia del empoderamiento de sus profesionales y del propio modelo como tal. La sarcopenia es también intelectual en el debate, plagado de prejuicios neurotóxicos paralizantes. Algunos piensan que todavía le queda un largo camino por recorrer. Al parecer, no ven suficientes los 30 años

recorridos y quizá piensen que tal y como están las cosas es posible mejorar sustancialmente en poco tiempo. No es así, lamentablemente. Quizá por ello, ninguna institución ni profesional ni científica ni de la Administración haya propuesto a lo largo del pasado año ningún evento conmemorativo de estos 30 años de reforma... a lo mejor es que ya queda poco que celebrar.

**Durante semanas nos ha proporcionado entrevistas con informadores clave de la atención primaria española, ¿podría darnos los diagnósticos más frecuentes de estos expertos sobre el estado de la atención primaria y las soluciones que proponen?**

Es muy difícil resumir en pocas palabras lo vertido semana tras semana mediante casi treinta entrevistas a estos expertos. Aprovecho cada ocasión, y esta es una de ellas, para agradecerles su participación. Mejor que un resumen es acudir al blog para leer y releer cada una de ellas, pues tienen sus matices. Mi impresión de conjunto es que no se han alcanzado algunas de las im-

portantes expectativas iniciales pese a la inmensa y evidente mejoría global ocurrida. Pero es que partíamos de un muy bajo nivel y pensábamos que la inercia del impulso de los primeros años sería suficiente y no lo ha sido. El problema es que no tenemos un generador de energía profesional propio. No nos hemos preocupado de tenerlo, pues se confió en que los responsables políticos se encargarían de hacerlo «desde arriba», y hemos visto que no ha sido así. Un primer pecado original fue la no aglutinación profesional desde el inicio de la reforma. Sin ella es muy difícil construir un generador de energía profesional, de profesionalismo. La crisis actual, por ejemplo, debería haber motivado un empoderamiento «desde arriba» del modelo y sus profesionales. Sin embargo, desde el punto de vista de la financiación, el centro de salud ha sufrido más que el hospital la reducción del presupuesto. Por otro lado, el Proyecto AP21 y sus respectivos reflejos autonómicos están más que enterrados, pese a que muchas de sus propuestas no precisan de inyección presupuestaria alguna. Parece cla-



## Hay poco que hacer mientras los políticos no decidan poner los medios organizativos y legales para otorgar mayor poder a la primaria

ro que ya no podemos confiar en un cambio «desde arriba». El poder en el sistema ni se crea ni se destruye, solo puede cambiar de manos. Hay poco que hacer mientras los políticos no decidan poner los medios organizativos y legales para otorgar mayor poder a la primaria. Una potente palanca de cambio sería otorgar mayor poder de auto-gestión para promover «desde abajo» la diversidad microorganizativa y una financiación capitativa en base epidemiológica y poblacional que girara alrededor de la capacidad gestora, ahora bajo mínimos, de la atención primaria, del médico de familia. Todo lo que se aleje de ello (financiación en base al histórico, pagos por proceso, por acto, peonadas, incremento de plantillas hospitalarias por encima de las de primaria, etc.) es inflacionista, hace al sistema hiperactivo, iatrogénico e insostenible y sitúa a la atención primaria en la vía muerta de la extinción.

### La atención primaria ha recibido mucha menos atención política y económica que la atención hospitalaria, ¿es así?

Ha sido peor que eso. Lo que en realidad ha ocurrido ha sido una tomadura de pelo. Cuando los más altos respon-

sables de una organización hacen permanentemente lo contrario de lo que proclaman, convierten a la misma en una organización hipócrita en la que, entre la mayoría normal y silenciosa, prosperan maleantes, francotiradores y, sobre todo, mercenarios. Es un caldo de cultivo propicio para el entretenimiento, la apariencia, la intoxicación, la confusión, el prejuicio...; en definitiva, para el mantenimiento del statu quo. Así, no extraña que tras 30 años de reforma y desde el punto de vista del desarrollo y autonomía profesional, nos encontremos igual que al principio..., y por tanto peor. Pero también, y sorprendentemente, para el desarrollo de microecosistemas de excelencia y buen hacer, inextensibles por su propia naturaleza de origen basada en la alineación de los astros y el voluntarismo. Aunque la consecuencia más común es el acomodamiento de los profesionales en zonas de confort de diverso tamaño, en donde se sienten cómodos y seguros por moverse en un entorno que dominan, resulte agradable o no. Una zona de confort que, por lo general, es cada vez menos agradable y menos motivadora desde el punto de vista del desarrollo profesional. Salir de la zona de confort y pasar a la de aprendizaje

supone aceptar el riesgo de que las cosas no sean tal y como uno piensa que son. Además, la endogamia del sistema dificulta darse cuenta de que el vecino puede hacer mejor que nosotros algunas cosas y que nosotros podemos aportar mejoras al vecino.

### ¿El gasto farmacéutico en atención primaria ha recibido más atención y críticas que el gasto farmacéutico hospitalario?

El gasto en farmacia de receta no podemos llamarle «de atención primaria», pues tiene una parte importante inducida por especializada. El medicamento es un insumo más y como tal hay que considerarlo. No hay que olvidar el carácter sustitutivo del medicamento en relación con el uso de otros bienes o servicios médicos. El fármaco puede sustituir a hospitalizaciones y la mejor gestión hospitalaria y de atención primaria puede significar un menor consumo en medicamentos. Por ejemplo, no hay más que pensar en la reducción de hospitalizaciones relacionadas con la enfermedad ulcerosa péptica ligada a la erradicación del *H. pylori*, y la potencial reducción del consumo de analgésicos si se redujera el tiempo en lista de espera quirúrgica para, por ejemplo, el reemplazo articular. Pero, efectivamente, el gasto público en farmacia de receta ha sido considerado por políticos, prensa general y especializada la «bestia negra» del sistema, normalmente por significar una parte importante del gasto sanitario público. Y ello ha sido posible, entre otras cosas, porque se ha conocido su cuantía al milímetro. Ha habido transparencia en los datos: mes a mes el Ministerio los publica. Datos que desconocemos respecto del gasto en farmacia hospitalaria. Tras las últimas intervenciones para reducir su cuantía, aplicadas con mayor intensidad desde 2010, el gasto en farmacia de receta se situó en 2013 al mismo nivel de 2003. Sin embargo, las estimaciones más fiables muestran que el gasto en farmacia hospitalaria en 2013 duplicaba el que teníamos en 2003. Pese a ello, no se conocen críticas ni de políticos ni de prensa respecto del gasto en farmacia hospitalaria como sí las han hecho, y todavía las siguen haciendo pese a la reducción habida, respecto del gasto en farmacia de receta.

### ¿Cómo es nuestro gasto público y privado en medicamentos de prescripción en comparación con Europa?

Desde 1995, que se conocen datos al respecto, nuestro gasto farmacéutico privado en medicamentos de prescripción (los que precisan receta médica) ha sido siempre inferior al promedio de los países europeos de la OCDE, en mayor o menor medida dependiendo del año y de la forma de medición (per cápita, como parte del gasto sanitario privado, como parte del gasto farmacéutico total y como parte del PIB). Sin embargo, al público le ha ocurrido siempre lo contrario. Solo a partir de la mitad de la década de los 90, nuestro gasto total en medicamentos (público + privado) en términos per cápita (\$PPC) supera la media europea, pero vuelve a situarse por debajo de la misma a partir de 2011. Con la intensificación de las actuaciones para su reducción durante la crisis, el gasto público per cápita español en medicamentos de prescripción se reduce mucho y es en 2012 un 16% superior al promedio de la Europa de la OCDE (llegó a ser casi un 40% superior en 2007). Sin embargo, el gasto per cápita privado español en medicamentos de prescripción es muy inferior al promedio europeo, concretamente apenas alcanza el 32% del promedio europeo en 2012 (último año para el que la OCDE ofrece datos).

### ¿Qué lagunas informativas encuentra a la hora de analizar la sanidad?

Muchas. Especialmente indicadores elementales de resultados, de listas de espera, de gasto en farmacia hospitalaria, de profesionales en el sistema, de longitudinalidad, de población protegida (información desaparecida de la web ministerial precisamente desde la entrada en vigor del RD 16/2912), etc. Algunos de los recogidos en la Estadística del Gasto Sanitario Público están empezando a no servir para mucho. Por ejemplo, el gasto de personal solo se clasifica así cuando se trata de personal propio y no cuando se trata de personal de proveedores privados. De esta forma, resulta que el gasto de personal en atención especializada en Cataluña es especialmente bajo, pues mucho del personal perteneciente a la red hospitalaria de utilización



### Las estimaciones más fiables muestran que el gasto en farmacia hospitalaria en 2013 duplicaba el que teníamos en 2003

pública no es propio del SNS. Esto, que solo ocurría en Cataluña, está empezando a ocurrir en aquellas comunidades que están privatizando la gestión, como la valenciana en la que cerca de un 20% de la población ya es atendido por hospitales tipo «modelo Alzira», con personal no propio del SNS. Todo ello dificulta la comparación del gasto de personal entre comunidades. Más que «lagunas» informativas son auténticos «océanos» cuando pretendemos conocer información evaluativa precisamente sobre estas nuevas formas de gestión privatizada. La única excepción honrosa es la información relativa a las EBAs catalanas.

### Si usted fuera ministro del ramo, ¿qué reformas introduciría en la atención primaria?

Me ceñiré a una única medida. Necesitamos una atención primaria para todos, pero no la tenemos. España tiene una dualización sanitaria que atenta con la equidad y la eficiencia. Tenemos un doble sistema (*a two tier system*) consecuencia de la multiplicidad de «regímenes» o «subsistemas» de aseguramiento, formas de provisión y acceso a las prestaciones sanitarias financiadas públicamente. Se trata de una dualización consustancial a la propia

organización que se encuentra en el genoma del sistema. La consecuencia es una desigualdad no relacionada con la necesidad sanitaria en la provisión, aseguramiento, cartera de servicios, copago, acceso y utilización de los servicios sanitarios financiados públicamente, según grupos socioeconómicos. Y significa, especialmente, que determinados grupos poderosos e influyentes no cuentan con un médico de familia (con cupo identificable, agente del paciente y su familia, que atiende de inicio todo tipo de problema de salud de forma longitudinal) dentro de su esquema de atención sanitaria financiada públicamente (y habitualmente de provisión privada). Así, se mantiene desde hace muchos años lo que he llamado el «descremado sociológico» de la APS española, principal causa de que no tengamos una APS fuerte desde el principio. Si la APS no es utilizada por aquellos sectores sociales con mayor capacidad de influencia sobre la opinión y el poder públicos, pierde uno de los más potentes estímulos permanentes de mejora representado por los ciudadanos más informados, formados, exigentes e influyentes. La atención primaria ha de ser para todos o nunca será. ■