

# Una Estrategia Comunitaria para la Atención Primaria

Una aproximación a los problemas de la Atención Primaria (AP) vistos desde una plataforma ciudadana de la salud/ sanidad pública

## INDICE

- Introducción
- Los problemas de la Atención Primaria en tres categorías:
  1. La subfinanciación los recortes y la precarización
  2. El Hospitalocentrismo
  3. El abandono del modelo comunitario y la deriva hacia un modelo medicalizado.
- Rasgos básicos del modelo biomédico:
  - a). La medicalización y el solucionismo tecnológico
  - b). El consumismo sanitario
  - c). La masificación de la demanda
  - d). El desenfoque de la prevención
  - e). La debilidad de la prevención cuaternaria
  - f). El modelo de gobernanza
- Conocer los límites de la medicina: La fascinación tecnológica
- La decadencia de la orientación comunitaria
- La recuperación de la Atención Primaria Comunitaria:
  - Mejoras organizativas, funcionales y relacionales con el Sistema Sanitario
  - Enfoque biopsicosocial del malestar y la enfermedad
  - Proyección comunitaria. Articular la Atención Primaria con las instituciones, los servicios comunitarios y la ciudadanía: “El Área de Salud y Bienestar Social”
- Trabajando por un nuevo paradigma: Del estado de bienestar al derecho humano a la protección de la salud
- El ejercicio del derecho humano a la protección de la salud:
  1. La protección social de la salud: La salud no puede estar sometida a riesgos evitables como la contaminación, la violencia o la privación de necesidades esenciales.
  2. Equidad y efectividad de la atención sanitaria: Acceso universal y servicios sanitarios comunitarios, democráticos y públicos.
  3. La tecno-ciencia al servicio de las necesidades humanas. El conocimiento es un bien público. Recuperar los valores de probidad e independencia.
  4. La ciudadanía de receptora de servicios a coproductora de salud. La Participación.
- Resumen

## INTRODUCCIÓN

El obligado punto de partida es reconocer los logros pasados y presentes del actual modelo de la AP<sup>1</sup> como eje vertebrador del sistema. Sus características de proximidad, accesibilidad, continuidad y longitudinalidad, permiten generar un espacio de universalidad y equidad, nada común en un contexto social en el abundan los privilegios y las desigualdades<sup>2</sup>. En términos de eficacia, la capacidad de los profesionales de la AP permite resolver más del 80% de las demandas sanitarias, en su función de primer contacto con el sistema, al que aporta orden y criterio. Como decía Tudor Hart: "Las decisiones que se toman en la consulta de AP son determinantes para la racionalidad y el gasto no sólo de este nivel asistencial, sino del conjunto del sistema sanitario"<sup>3</sup>.

Pero es evidente AP tiene problemas que se han incubando a lo largo de los años, con un importante deterioro, agudizado por la irrupción devastadora de la pandemia del SARS-Cov2 (marzo de 2020), con significativa morbi-mortalidad<sup>4</sup> y «efectos de segunda ronda» en la patología no-Covid.

En el epicentro de la pandemia, la AP ha sufrido una grave quiebra de confianza de la ciudadanía, como nunca antes había ocurrido, con sentimientos de abandono y desatención. En la primavera de 2021, una encuesta de la Federación de Asociaciones de Vecinos de Gijón, mostraba que el 50% de los encuestados consideraban que la sanidad pública no era una cobertura suficiente, teniendo que recurrir, en la medida de sus posibilidades, a la sanidad privada. Mucho nos tememos que de repetir a fecha de hoy la encuesta, los resultados serían todavía más alarmantes.

Los motivos de la degradación de la AP son de muy diversa índole<sup>5</sup>, pero no se pueden atribuir en exclusiva a determinadas políticas o formas de gestión, por dañinas o desacertadas que puedan haber sido, y mucho menos a causas únicamente cuantitativas. De forma esquemática podríamos clasificar los problemas de la AP en tres categorías:

- 1.- La subfinanciación, los recortes, y la precarización.*
- 2.- El hospitalocentrismo: la organización del sistema sanitario en torno al hospital.*
- 3.- El abandono del modelo comunitario y la deriva hacia un modelo medicalizado.*

**1. SUBFINANCIACIÓN, RECORTES Y PRECARIEDAD.** Son las reivindicaciones que figuran en todas las movilizaciones del sector. Tienen pleno sentido y no se pueden obviar o posponer bajo riesgo del colapso definitivo de la AP.

Las políticas de austeridad promovidas desde el año 2010 (RDL 16/2012, recorte de 10.000 millones de euros de Ana Mato...) han sido letales para el Sistema<sup>6</sup> y sus principales destinatarios han sido AP y los servicios de Salud Pública (en Asturias con porcentajes del 12,5% y el 1% respectivamente), mientras que en alguna medida

---

<sup>1</sup> OMS. ¿En qué consiste la Atención Primaria de la Salud? <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

<sup>2</sup> Informe "Evolución de la cohesión social y consecuencias de la Covid 19 en España. Fundación FOESSA, 2022

<sup>3</sup> Hart JT: La economía política de la sanidad. Una perspectiva clínica. GPS. Madrid, 2009

<sup>4</sup> Vigilancia de la mortalidad diaria (MoMo): <https://bit.ly/3phGfoD>

<sup>5</sup> Informe "La Atención Primaria en Asturias". Mayo, 2021. Plataforma por la Salud y la Sanidad Pública (PSSPA)

<sup>6</sup> Legido-Quigley H. et al: Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system?, BMJ 2013;346:f2363

se mantenían las inversiones, a veces inflacionistas, en tecnologías y medicamentos en el ámbito de la Atención Especializada.

Al tiempo que los recursos disminuyen, la demanda se incrementa. En Asturias, año 2019, se registraron 5.164.805 consultas de medicina y 3.292.740 de enfermería<sup>7</sup>. Pese a que la población disminuye (un 4,5%, INE) y que el 16,6% de la ciudadanía (IDIS, 2021<sup>8</sup>) tenía una mutualidad o un seguro privado, es decir, que sólo utilizan AP complementariamente para pruebas y medicamentos.

De poco sirve que AP se declare la puerta de entrada al sistema, si sólo la utilizan quienes no tienen otras alternativas. El incremento de las consultas de la medicina privada ha sido del 26,47% (IDIS) y lo mismo ocurre con el aseguramiento sanitario privado: Asturias, por ejemplo pasó del 6% en 2012 al 16,6% en 2020, mientras que en España supone el 23,35% de la población. El riesgo de dualización es evidente sino se adoptan medidas de fondo inmediatas, y la primera es suprimir los beneficios fiscales de estos seguros.

**El Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023** aprobado por el Consejo Interterritorial<sup>9</sup> referido a “Recursos Humanos”, recoge una buena parte de las demandas que plantean el sector, si bien no hay compromisos concretos sobre cuestiones importantes, ni queda claro que el consejo Interterritorial tenga capacidad para que las CCAA implementen sus propuestas, aunque el riesgo de perder fondos europeos puede ser un factor determinante.

De forma muy resumida las principales reivindicaciones del sector son las siguientes<sup>10</sup>: Asignar el 25% del total del presupuesto sanitario, con carácter finalista; corregir la temporalidad (del 36% al 8%); empleos, salarios e incentivos dignos y homogéneos en todo el estado para evitar la competencia desleal; reconstruir las plantillas (enfermería, medicina, administrativo) con perspectiva multidisciplinar; desburocratizar; autonomía organizativa; énfasis en la formación y los equipos...

La Administración usualmente invoca la falta de médicos disponibles, pero estamos por encima de la media de la U.E. y exportamos médicos... Probablemente si se convocasen plazas atractivas, el problema sería otro, aunque quizás no se hicieron adecuadas previsiones con respecto a las jubilaciones. Los indicadores de medicina de familia en varios países europeos (2019)<sup>11</sup> por 1.000 habitante, no muestran grandes diferencias: Alemania 1; España 0,92; Francia 1,4; Italia 0,84. Donde si tenemos un déficit incuestionable y muy acusado es en enfermería.

**2. HOSPITALOCENTRISMO.** Expresa que el sistema sanitario está determinado por el nivel hospitalario. El hospital es a la medicina lo que la catedral a la religión, concentra la mayoría de los recursos y establece relaciones jerárquicas con el resto del sistema mientras que AP es la cenicienta de la Sanidad Pública como confirman

---

<sup>7</sup>Informe “La atención primaria en Asturias”. Mayo, 2021. PSSPA

<sup>8</sup> Informe IDIS. Sanidad Privada, aportando valor, análisis de la situación en 2021: <https://www.fundacionidis.com/informes/análisis-de-situación-de-la-sanidad-privada>

<sup>9</sup> Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023. Consejo Interterritorial, diciembre 2021

<sup>10</sup> Palomo L. La Atención Primaria española en un presente crítico: logros e incertidumbres. Acta Sanitaria, 8 de Octubre de 2013

<sup>11</sup>Eurostat <https://bit.ly/3pWtEr9>; Ministerio Sanidad (<https://bit.ly/2IWGiWF>); OCDE 2020

los presupuestos sanitarios, por ejemplo, en Asturias, 2021, a la AP le correspondió el 13% y al sector hospitalario el 65%. Sin embargo, hospitalocentrismo no es sinónimo de fortaleza de este nivel porque el hospital está debilitado por problemas como la mercantilización y el gerencialismo. El hospital no es ante todo una empresa porque su objetivo no es la rentabilidad, sino que responde a necesidades sociales no-mercantiles, al igual que la policía, la escuela, la justicia, etc,

La hegemonía del hospital se ha visto reforzada por las políticas de austeridad que dañaron sobre todo a la parte del sistema más débil (AP y Salud Pública), quizás porque su repercusión política y mediática es mucho menor; pero fundamentalmente porque el hospital-empresa es la expresión organizativa del modelo “biomédico”<sup>12</sup>, que tiene como principal referencia la certidumbre de los medicamentos y las tecnologías, desde una perspectiva puramente biológica y asistencial.

**3. LA ATENCIÓN PRIMARIA DESPERSONALIZADA Y MEDICALIZADA.** La “medicalización” es convertir problemas no-médicos (sociales o circunstancias de la vida) en problemas médicos, con la premisa de que todo síntoma, factor de riesgo o sufrimiento es una enfermedad. Como escribía Jules Romaines en 1923: “No hay personas sanas, sino pacientes insuficientemente estudiados”<sup>13</sup>.

La emergencia de un modelo medicalizado en AP es la consecuencia de la descontextualización de la actividad del sector<sup>14</sup>. En la consulta se prescinde de los factores biográficos, relacionales, socio-económicos o ambientales, inherentes a todo proceso de salud-enfermedad, y se subordina la atención sanitaria al determinismo biológico y a la medicalización. Un enfoque reduccionista en el que los determinantes sociales de la salud desaparecen de la práctica clínica y de la historia clínica, valorados como “subjetivismos” ante la supuesta objetividad de lo estrictamente biológico, de los protocolos y de una práctica que paradójicamente se vino a denominar de “excelencia”, pero que inevitablemente promueve la despersonalización de la asistencia.

La descontextualización se traslada a la desconexión del Centro de Salud con otros servicios comunitarios o con programas programas y políticas públicas que transversalmente interesan a la salud. No es usual que hay relaciones con las instituciones locales y tampoco con las organizaciones de la sociedad civil, con las que se debería de compartir la protección de la salud. Es decir, AP le da la espalda a la Comunidad, concentrada exclusivamente en dar respuesta a una demanda asistencial individual,

La medicalización y despersonalización de la atención sanitaria, no es naturalmente un proceso exclusivo de la AP, sino que es un patrón común a todo el sistema sanitario, que corresponde al denominado el paradigma o modelo “biomédico”; pero es en el ámbito de AP donde este paradigma produce sus efectos más lesivos, porque el hospital se puede justificar por la concentración de tecnología, mientras que la AP difícilmente puede entenderse sin la interacción con la comunidad.

---

<sup>12</sup>. Definición de Kuhn de paradigma: "Toda constelación de creencias, valores, técnicas, que comparten los miembros de una comunidad dada". Kuhn T. La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de Cultura Económica; 1982. p. 269.

<sup>13</sup>Jules Romaines: El doctor Knock o el triunfo de la medicina.

<sup>14</sup>. McKey M. Causas de muerte en los distritos de Londres y desigualdades en salud. <https://www.theguardian.com/uk-news/2014/jan/08/top-10-causes-death-london-health-inequalities>

Por otra parte, es evidente que no estamos ante un debate exclusivamente epistémico o ideológico, sino que la medicina en las últimas décadas ha experimentado una gran revolución industrial y tecnológica, hasta su reconversión en un importante nicho de negocio<sup>15</sup>, controlado por corporaciones multinacionales oligárquicas y fondos buitres. Una industria colosal, tanto en el sector público como el privado, que reclama la mayor porción del PIB y del empleo (en EEUU el 19%, del PIB y el 5% de la población activa). Un monstruo<sup>16</sup>, dicen sus críticos, controlado por las multinacionales del sector.

La medicina ha dejado de ser un oficio para convertirse en un “complejo médico-industrial”<sup>17</sup>. Un negocio muy rentable en la medida en que tiene una clientela cautiva. Los médicos son una parte influyente del engranaje, pero ya no llevan la voz cantante y no sólo por su subordinación al poder empresarial. Rasgos básicos del modelo biomédico en AP:

*a). La medicalización y el solucionismo tecnológico*

*b). El consumismo sanitario*

*c). La masificación de la demanda*

*d). El desenfoco de la prevención*

*e). La debilidad de la prevención cuaternaria*

*f). El modelo de gobernanza*

**a). La medicalización de la salud y el solucionismo tecnológico.** Las intervenciones sanitarias, mayoritariamente farmacológicas, cubren la enfermedad y el malestar (la soledad, la insatisfacción...), aportando soluciones químicas para problemas sociales y personales. La consecuencia es patologizar la población, transformar en enfermo al sano y al paciente en usuario-dependiente. Así, el gasto farmacéutico sube incesantemente: En recetas el 14,7% en los últimos cinco años en Asturias, y el 40% en farmacia hospitalaria.

El inapropiado uso de estos recursos, además genera dependencia, masifica las consultas y multiplica los efectos adversos inherentes a los medicamentos<sup>18</sup>. Cada vez hay más medicamentos “me too” (más de lo mismo) y otros con precios desorbitados y sin suficiente justificación. La industria es la beneficiaria directa, pero existen otros actores que colaboran: los médicos, los medios de comunicación que alientan la fascinación tecnológica; los políticos y los gestores contribuyen con regulaciones permisivas; y la propia cultura de consumo de “más y más caro, es mejor”, arraigada en la ciudadanía,

**b). El consumismo sanitario.** En las sociedades avanzadas de economía de mercado, la sanidad es un bien de consumo, según Enoch Powell, antiguo ministro de sanidad británico: “La cantidad de cuidados sanitarios que

---

<sup>15</sup> Gøtzsche P. Deadly medicines and organised crime. How big pharma has corrupted healthcare. Can Fam Physician. 2014 Apr; 60(4): 367-368. PMID: PMC4046551

<sup>16</sup> Porter Roy, Breve historia de la medicina. Las personas, la enfermedad y la atención sanitaria. Taurus, 2004.

<sup>17</sup>Sobrimo JA. El complejo médico industrial y los ensayos clínicos. El País 3 de Mayo 2010

<sup>18</sup> Andel C, Davidow SL, Hollander M, Moreno DA. The economics of health care quality and medical errors. J Health Care Finance. 2012;39(1):39-50.

un individuo puede llegar a consumir es prácticamente ilimitada”. A modo de ejemplo, una de las modas en Estados Unidos entre las clases pudientes es regalar una resonancia nuclear magnética en el cumpleaños de un familiar<sup>19</sup>.

El consumismo tiene la finalidad de mantener viva la maquinaria de producción, aunque pueda suponer despilfarro. La oferta sanitaria, por tanto, siempre estimula la demanda, como nos recuerda aquel famoso eslogan de que siempre y para todo “consulte usted a su médico”. El círculo se cierra con la generación de una fuerte dependencia sanitaria, en donde las demandas deben ser satisfechas con rapidez (de inmediato) y proximidad (tener el recurso al alcance de la mano), como corresponde a las exigencias de usuarios - clientes.

Estas características de rapidez e inmediatez, son atributos propios de la medicalización y el consumismo. una forma distorsionada de entender el acceso a los recursos y no siempre equivalen a la calidad o a la oportunidad que se requiere en cualquier intervención sanitaria.

Es indudable que el consumismo tiene una obediencia social y cultural que va más allá de la sanidad; pero desde el sistema sanitario hay que dar respuestas específicas: Promover una ciudadanía empoderada en la salud, impulsar la participación, controlar el marketing sanitario, apostar por una educación sanitaria de largo recorrido en el uso racional, dotar a los gerentes y autoridades sanitarias del coraje político necesario para afrontar demandas inapropiadas de inmediatez y proximidad.

**c). La masificación de la demanda** es una consecuencia de la medicalización y la conversión de la ciudadanía en consumidores y clientes, pero se convierte en un problema con identidad propia en la medida en que la presión asistencial demora el acceso y conlleva sobrecargas de trabajo de muy difícil gestión. Arrastra, además, inflación de costes, polimedicación y multiplicación de los efectos adversos de la asistencia sanitaria.

Una encuesta reciente de la Semfyc<sup>20</sup> antes del Covid, desvelaba que en Asturias el promedio de pacientes diarios en consulta de un médico de AP era 47,74 pacientes/día (media estatal 48), con un tiempo de espera de casi 3 días para una cita presencial (media estatal, 5 días). En la cresta de la ola del Omicrón, se ha llegado a unas 80 consultas diarias, entre telefónicas y presenciales.

**d). El desenfoco de la prevención**, otorgando a la sanidad una función protagónica pese a que la OMS (2016, Shangai<sup>21</sup>) estableció inequívocamente que la prevención primaria corresponde a las políticas públicas y que la AP tiene una función de apoyo, complementaria.

No quiere decir esto que se desconsidere la importancia de los consejos de comportamiento (educación sanitaria) y de algunos programas de prevención, pero es indudable que sólo encajan excepcionalmente en un esquema comunitario<sup>22</sup>.

---

<sup>19</sup> Fuertes A. Consumismo sanitario. “El Adelanto de Salamanca”, 14 Agosto 2004.

<sup>20</sup> Encuesta SEMFYC: <https://www.semfyc.es/atencion-primaria-sexta-ola-noti-semfyc/>

<sup>21</sup> WHO Shangai declaration. [\\_https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf)

<sup>22</sup> Gil-Girbau M, Pons-Vigués M et al. Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud. Gaceta Sanitaria 35 (1): 48-59. Los resultados de este estudio realizado en 14 Centros de Salud de Cataluña, muestran que se promueven prácticas de Prevención y promoción de la salud (consejos de comportamiento, etc.); pero sólo “excepcionalmente encajan en modelos comunitarios”.

La prevención primaria en salud es , pues, política y social, y depende de estrategias públicas multisectoriales que son las que pueden modificar las causas socio-económicas y ambientales que están detrás de muchas enfermedades (tumores, infecciones, cardiovasculares, metabólicas, etc.) El gradiente social de la enfermedad se debe a las “condiciones de vida”, y no a los “estilos de vida”, porque los comportamientos no son decisiones racionales, individuales y descontextualizadas de la realidad social.

**e). La debilidad de la prevención cuaternaria**, entendida como la estrategia para no-hacer-daño: excesos, sobre-diagnósticos, sobre-tratamientos..., clave en la seguridad del paciente , dado que los mayores riesgos corresponden a los errores y efectos adversos de los medicamentos, tercera causa de muerte en EE.UU<sup>23</sup>. Sin embargo, en la práctica clínica tiene escasa incidencia, como podemos comprobar por el limitado recorrido de las iniciativas “no-hacer”, los programas de des-prescripción, la evaluación del uso razonado y prudente de los medicamentos o la farmacia comunitaria.

**f). El modelo vigente de gobernanza** y sus principales constituyentes : el eficientismo y el gerencialismo. Un modelo en crisis que en realidad sobrevive porque respalda las relaciones establecidas de poder, como nos recuerda la Comisión Europea<sup>24</sup>: “el termino gobernanza remite a las reglas , procesos y comportamientos que inciden sobre el ejercicio del poder...”

La crisis de gobernanza tiene carácter general, no es exclusiva de la sanidad, pero en este sector las contradicciones son más que evidentes: El eficientismo se preocupa preferentemente de la contención de costes y el gerencialismo de mantener el orden jerárquico, sin consenso, sin reconocer una sociedad crecientemente compleja, que requiere valores democráticos como la transparencia, la gestión de los conflictos de intereses, la rendición de cuentas o la participación efectiva de los profesionales y la ciudadanía.

## **CONOCER LOS LIMITES DE LA MEDICINA: LA FASCINACIÓN TECNOLÓGICA**

No es habitual que los profesionales de enfermería y medicina reflexionen acerca de los conceptos epistemológicos que subyacen a su práctica<sup>25</sup>, quizás porque asumen que es poco relevante para el cuidado de sus pacientes y que, además, la ciencia tiene todas las repuestas y si no las tiene es tan sólo una cuestión de tiempo<sup>26</sup>.

Los profesionales de la salud, por tanto, se consideran científicos pese a que en su práctica desconocen los fundamentos subyacentes que determinan sus concepciones y su ejercicio profesional. Por su parte, la sociedad, venera la ciencia biomédica, pese a que Sackett ha demostrado que sólo un 20% de las actividades que se realizan en la práctica clínica tienen el apoyo de pruebas científicas, o pese a que Ivan Illich a principios de los 70 hubiese advertido de la escasa efectividad y la iatrogenia asociada a las intervenciones sanitarias. Más de

---

<sup>23</sup> Makary M, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ* / 2016;353:i2139

<sup>24</sup> La gobernanza europea. Un libro blanco. Revista de Derecho de la Unión Europea, n.º6-1." semestre 2004. <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:19137/GbzaEurlBco.pdf>

<sup>25</sup> Novoa A. Epistemología para la Atención Primaria. *Nogracias*, abril 2019. <http://www.nogracias.org/2019/04/21/epistemologia-para-la-atencion-primaria-por-abel-novoa/>

<sup>26</sup> Voltaire: “Los doctores son hombres que prescriben medicinas que conocen poco, curan enfermedades que conocen menos, en seres de humanos de los que no saben nada”

150.000 muertes en USA se atribuyen a reacciones adversas a medicamentos (no necesariamente a mala praxis) porque el “error” se debe fundamentalmente a conductas regidas por un paradigma incapaz de dar respuesta a los problemas, agravado por la variabilidad de la práctica clínica.

Aunque se conocen los límites de los cuidados de la salud<sup>27</sup>, incluida la medicina basada en la evidencia (MBE)<sup>28</sup>, asumir estas limitaciones obligaría a re-situar a la atención sanitaria como un determinante más, entre otros, de la salud, si bien como un determinante importante, que ha ido ganando relevancia en la medida en que lo hicieron el conocimiento y las tecnologías, pero que en absoluto es exclusivo, ni resta importancia a los determinantes socio-económicos y ambientales. Por otra parte, hay que tener en consideración que las herramientas que utiliza la sanidad se centran en las necesidades individuales, mientras que los problemas de salud colectivos derivan básicamente de cuestiones no-sanitarias como la contaminación ambiental, el cambio climático, el hiperconsumo, la comida basura, la precariedad, la pobreza, etc. Como dice Marmot<sup>29,30</sup> “la salud es demasiado importante como para dejársela solo a los médicos”. Dicho en otras palabras, es necesario abordar los determinantes sociales de la salud, y esto sólo se puede afrontar desde las políticas públicas.

Existe, por tanto, una sobrevaloración de las capacidades de la sanidad, como se comprueba incluso por las reivindicaciones de la ciudadanía, que no identifican la función amortiguadora de la medicina y que los problemas fundamentales para la salud están en el modelo de desarrollo y en las estrategias de los estados y las corporaciones. Así vemos como se recetan antidepresivos para los desempleados... Otra vez Marmot<sup>31</sup> “¿Por qué tratamos a la gente y la enviamos de nuevo al contexto social que los ha enfermado?”

Es necesario, por otra parte, preguntarse si el gasto sanitario responde realmente a las necesidades reales de la ciudadanía. Sabemos que en muchos casos la inversión sanitaria es poco eficiente, según estimaciones de la OMS<sup>32</sup> el despilfarro se estima entre el 20% y el 40% del total del gasto sanitario, en buena medida por prioridades inadecuadas como la utilización excesiva de tecnologías sanitarias y fármacos sin efecto positivo sobre la salud de la población<sup>33</sup>.

## EL DECLIVE DE LA ORIENTACIÓN COMUNITARIA

---

<sup>27</sup>. Cochrane AL. Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services. [Internet.] Nuffield Provincial Hospitals Trust; (1973). Disponible en: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/effectiveness-and-efficiency-web-final.pdf>

<sup>28</sup>. Gervás J. Pérez M. Uso apropiado de la medicina basada en pruebas, revisión de diez artículos recientes. AMF 2005; 1(1): 46- 56.

<sup>29</sup> Marmot M, Allen J, Boyce T, GoldblattP, Morrison J: Health Equity in England: The Marmot Review 10 years on, The Health Foundation. London 2010

<sup>30</sup> Entrevista a Michael Marmot. Revista Salud Laboral de CCOO, nº 64, abril 2014

<sup>31</sup> Wilkinson R y Marmot M: Los determinantes sociales de la salud: Los hechos probados. World Health Organization, 2003

<sup>32</sup>OMS, Informe la salud en el mundo: [https://www.who.int/whr/2010/10\\_summary\\_es.pdf](https://www.who.int/whr/2010/10_summary_es.pdf)

<sup>33</sup> “Puede resultar sorprendente que lo primero que haya que pedirle a un hospital es que no cause ningún daño” . Florence Nightingale (1820-1910). Perspectivas: revista trimestral de educación UNESCO, Oficina Internacional de Educación XXVIII (1): 173-189



AP hunde sus raíces en la Medicina Social<sup>34</sup>, en el pensamiento y en la práctica, de un movimiento iniciado por Rudolf Virchow y Jules Guerin en el S. XIX, con una visión holística de las enfermedades y una estrategia biopolítica, posteriormente heredada por la Asamblea mundial de Alma Ata (Kazajistán, 1978). Para Mahler<sup>35</sup> la Atención Primaria no sólo es la puerta de entrada en los sistemas de salud universales, sino que su singularidad depende de la articulación entre la salud y el desarrollo social.

Una estrategia que no fue asumida por los gobiernos, con iniciativas de signo contrario, negando la visión “integral” de AP y promoviendo una alternativa “selectiva” que anulaba el compromiso comunitario y social para volver al marco médico, al control profesional y a las soluciones técnicas.

Con ello, se reduce la AP al rol de primer nivel asistencial o “puerta de entrada” del sistema, con escasa capacidad resolutoria y la marginación de la promoción de la salud y la participación de la comunidad, mientras que, en sentido contrario, se afirma el carácter paternalista, autoritario y biologicista de los servicios sanitarios.<sup>36</sup>

Reactivar una perspectiva contextualizada (“politizada”<sup>37</sup>) de la salud y la enfermedad es una tarea compleja porque requiere una alternativa de cambio que modifique conceptos, actitudes y hábitos, que promueva políticas de salud de lo grupal que, en muchos casos, no están ni siquiera esbozadas, comprometiendo a todos los sectores implicados: los políticos, los profesionales y sus organizaciones, la industria sanitaria, los medios de comunicación y la ciudadanía.

El desarrollo “comunitario” de la AP no puede ser, otra vez, un conjunto de buenas deseos carentes de contenido real<sup>38</sup>, sino que tiene que asumir que la prevención de la enfermedad es social, *basada en estrategias políticas multisectoriales*, aunque algunos de los factores a introducir en estas estrategia no tengan una asociación demostrada, lineal o incuestionable con la morbi-mortalidad<sup>39</sup>.

La recuperación de la Atención Primaria Comunitaria **necesita respuestas a tres niveles:**

*A. Mejoras organizativas, funcionales y relacionales con el Sistema Sanitario*

*B. Enfoque biopsicosocial del malestar y la enfermedad*

*C. Proyección comunitaria. Articular la Atención Primaria con las instituciones, los servicios comunitarios y la ciudadanía: “El Área de Salud y Bienestar Social”*

---

<sup>34</sup>. Porter Ray . Breve historia de la medicina: De la Antigüedad a nuestros días, Taurus 2004

<sup>35</sup>. Mahler H, Director General de la OMS: Discurso a la 61a Asamblea Mundial de la Salud. <http://www.socialmedicine.org/2008/06/11/globalization-and-health/former-who-director-halfdan-mahler-on-alma-ata-phc-may-2008/>

<sup>36</sup>. Starfield B. Comorbidity: implications for the important of primary care in case management. *Annals of Family Medicine*, 2003; 1:814.

<sup>37</sup>. André Comte-Sponville, contra el panmedicalismo: “Para combatir los males de la sociedad, confío más en la política que en la medicina. Y para guiar mi vida, confío más en mí mismo que en mi médico”

<sup>38</sup>. Mahler H. OMS | La atención primaria de salud cierra un ciclo completo. *Boletín de la OMS*, octubre de 2008; 86:737-816.

<sup>39</sup>. OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Suiza; 2009. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf)

**A. MEJORAS ORGANIZATIVAS, FUNCIONALES Y DE RELACIÓN CON EL SISTEMA SANITARIO.** La accesibilidad y la continuidad son las características básicas a las que hay que añadir:

- ✓ Recuperar el trabajo en equipo y roles que garanticen el uso eficiente, integral e implicado. Romper la noción del médico como vértice de la pirámide (que determina las pautas) , y la visión de compartimentos estancos: Nada es exclusivo y requiere incentivos positivos.

La asignación de nuevas capacidades a los profesionales de enfermería, por su potencial, y el desarrollo de la especialidad de enfermería comunitaria son dos de las claves.

- ✓ Autonomía de Gestión: Los equipos deben tener mayor autonomía y responsabilidad en la gestión: personal, horarios, docencia, investigación. La rigidez actual es perversa y convierte a los coordinadores en capataces de lo cotidiano. El consenso es el fundamento de la gestión clínica.
- ✓ Aumentar de manera significativa la capacidad de la AP en el acceso a técnicas diagnósticas y terapéuticas, y tecnologías. La medicina no-presencial es operativa y puede ayudar a reducir la demanda. La enfermería comunitaria tiene que ser parte de este desarrollo.
- ✓ Mejorar de la coordinación con la Especializada. De acuerdo con Barbara Starfield<sup>40</sup>, los especialistas de hospital no deberán abandonar nunca su papel de consultores, mientras que los equipos multidisciplinares de APse harán cargo de la gestión de los pacientes y de su coordinación en el conjunto del sistema, desde la lógica salvaguardia de la autonomía del paciente.

Una medida simple pero de probada eficacia es incluir entre las obligaciones de los servicios hospitalarios, el acudir /conectar periódicamente a los centros de salud para revisar casos clínicos, protocolos, etc. Por otra parte, también es evidente la necesidad de las consultas virtuales.

- ✓ Hay que potenciar la formación continuada – pública - de los profesionales y la investigación para un mejor abordaje de los problemas de salud más prevalentes y sus determinantes. La implicación, la independencia y la probidad son valores imprescindibles en la organización de la Atención Primaria.

**B. ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL DEL MALESTAR Y LA ENFERMEDAD.** La enfermedad, y la salud son pues de naturaleza multifactorial<sup>41</sup> : la interacción de persona-familia-comunidad, espacio-tiempo, entornos cultura-

---

<sup>40</sup> Starfield B. La eficacia de la atención médica. Validez del juicio clínico. Masson: Barcelona; 1989.

<sup>41</sup> McWhinney I. R: Family medicine in perspective. N Engl J Med, 293 (1975), pp. 176-181

les-naturales, genómica, etc. , son determinantes en red que sólo se pueden aislar con fines explicativos porque no pueden separarse<sup>42</sup>. La salud no es la ausencia de conflictos, sino la capacidad de poder afrontarlos y resolverlos, con una tendencia constante y dinámica a mantener la homeostasis, frente a los normales desequilibrios que se suceden. La estrategia biopsicosocial está en la base de la medicina comunitaria;

X La relación médico paciente es un compromiso voluntario, privado, confidencial y “cara a cara”. El conocimiento en la consulta es relacional e individualizado y no se puede sustituir por categorías diagnósticas, estándares, protocolos, guías clínicas o verdades estadísticas. Las enfermedades no están separadas de las personas que las “padecen” y los profesionales de AP son especialistas en personas, trabajan con enfermos y no con enfermedades, y no separan las dolencias y malestares (“illness”) de las enfermedades (“diseases”)<sup>43</sup>.

X Las consultas telefónicas, y telemáticas son operativas y necesarias, pero complementarias porque no pueden sustituir la relación presencial.

X Todo proceso de enfermar requiere una respuesta en tres planos: biológico, psicológico y social, con interacciones potenciales entre ellas<sup>44</sup>. Una realidad que ya nadie cuestiona, pero en la práctica se sigue separando lo físico de lo psicológico (dualismo). Hay que escuchar, apoyar, tranquilizar... a todos los pacientes, no sólo en las enfermedades mentales. La escucha empática y humana es compatible con la escucha semiológica.

X La atención “centrada en el paciente” no puede ser jerárquica ni paternalista. Un proceso de enfermedad es una historia única e irreplicable, en un contexto particular, familiar y social, con pleno derecho del paciente al control y la toma de decisiones sobre su propia salud.

**C. PROYECCIÓN COMUNITARIA. ARTICULAR LOS SERVICIOS COMUNITARIOS, LAS INSTITUCIONES Y LA CIUDADANÍA. “EL ÁREA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL”.** El primer principio que se recoge en la Constitución de la OMS, subraya la necesidad de no centrar los esfuerzos únicamente en la reducción de las enfermedades, sino en atender también las causas subyacentes. Lo que supone abordar de forma sistemática los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud.

Así lo expresa Maria Neira, directora de Salud Pública y Medio Ambiente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuando afirma que “es el momento de que los médicos no solo atendamos, por ejemplo, un caso de asma, sino que conozcamos dónde vive ese niño al que le prescribimos un inhalador, cuál es la contaminación del aire en ese sitio y cómo vamos a hacer oír nuestra voz en esa lucha para mejorar la calidad del aire que respiramos”<sup>45</sup>. La necesidad relacional de la AP es todavía mas

---

<sup>42</sup> McWhinney I. R: Changing models: the impact of Kuhn's theory on medicine. *Fam Pract.* 1983;1:3-8.

<sup>43</sup> McWhinney I. R: General practice as an academic discipline. *Lancet* 1966; February 19: 419-423

<sup>44</sup> Borrell F. El modelo biopsicosocial en evolución. 2002. *Medicina Clínica* 119(5):175-179. 2002.

<sup>45</sup> Conferencia inaugural de Maria Neira en el Congreso de SMGEN, 15 de Junio 2021 en <https://www.actasanitaria.com/semg-congreso-nacional/>

evidente porque el 80% de la asistencia que realiza corresponde a procesos crónicos demandantes de apoyos comunitarios de diversa naturaleza.

Está claro que la Atención Primaria no puede ser en exclusiva la respuesta a los determinantes sociales de la salud, pero tiene que proyectar su actividad sanitaria desde las sinergias y la cooperación con los demás servicios comunitarios y con los espacios institucionales que directa o indirectamente se relacionan con el proceso de salud y enfermedad.

El marco relacional debe de tener en los Ayuntamientos su principal referencia organizativa, en la medida en que es la administración más próxima, y en donde han de confluír las organizaciones sociales y la ciudadanía. La participación tiene que ser inclusiva ante la complejidad de los contextos: La familia, la presión del grupo de iguales, la educación que se reciba, el trabajo o su ausencia, maneras de entender el ocio y sus espacios, la inmediatez en satisfacer las necesidades, la legislación vigente, etcétera... Y es evidente que hay entornos que son protectores de la salud y otros que son nocivos.

**Propuestas.** Una reforma de estas características requiere consenso en los principios de actuación, a saber: universalidad, equidad, desconcentración, territorialización, contextualización, democratización de equipos, participación usuarios (su aportación y movilización es decisiva) al igual que la pro-actividad de los grupos potencialmente vulnerables. Dada la ambición y la envergadura de esta reforma, sería conveniente, antes de acometerla, testar iniciativas y proyectos que permitan su evaluación durante un plazo suficiente, por ejemplo de 4 ó 5 años.

Un primer paso podría ser que cada Centro de Salud elaboré un plan de salud comunitario con la participación efectiva de la comunidad y el apoyo estratégico de los servicios de salud pública, lo que requiere que Salud Pública tenga recursos suficientes y una estructura vinculada a los territorios. El plan será evaluado anualmente. En un segundo paso se desarrollarán interacciones en el municipio y los servicios comunitarios (trabajo social, psicología, rehabilitación biopsicosocial, educación familiar, ayuda a domicilio, centros de menores y programas comunitarios, centros de la tercera edad, servicios de drogodependencia, centros escolares, discapacidad, dependencia, colectivos en pobreza-exclusión, atención temprana...). En la perspectiva de conformar un espacio estructurado de cuidados y protección de la salud, que se podría denominar “el Área de Salud y Bienestar Social”.

## **TRABAJANDO POR UN NUEVO PARADIGMA: DEL ESTADO DE BIENESTAR AL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD**

Entendemos que la salud según la explicación dada por la OMS en la conferencia de Ottawa (1986): “ se crea allí donde la gente vive, ama, trabaja y se divierte”, un concepto muy alejado de la tan conocida definición, también de la OMS, de considerar la salud como un “estado de gracia”, es decir, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”. En esta misma lógica, los conflictos de la salud no pueden tener soluciones gerenciales sino que han de resolverse a través de compartir (entre todos los actores) la toma de decisiones<sup>46</sup>.

---

<sup>46</sup>Restrepo H. Malaga H. La promoción de la salud: Cómo construir vida saludable. Ed Panamericana, Bogotá, 2001

Probablemente no es factible progresar en el derecho a la salud, si antes no se rompe el cerco del asistencialismo pasivo<sup>47</sup>. No se trata de infravalorar el asistencialismo ni de desconsiderar la importancia de la socialización de la medicina, que ha supuesto un avance histórico muy trascendente. No cabe duda que poner los recursos a disposición de todos ha sido, en los países donde esto fue posible, un gran paso humano y social; pero ha fracasado en la protección de la salud, como se comprueba con enfermedades como el cáncer que son cada vez más comunes, y ha fallado, así mismo, en cerrar la brecha en salud entre ricos y pobres<sup>48</sup>, como explica la ley cuidados inversos y su especial relación con las fuerzas del mercado<sup>49</sup>

También es necesario preguntarse si la atención sanitaria es ¿coste-efectiva?, ¿equitativa?, ¿segura? ¿protege la salud? Quizás no se han valorado suficientemente estas preguntas, porque en función de las respuestas, se deriva o no, la necesidad de impulsar reformas de carácter estructural.

Por otra parte, es bien conocido que la situación de salud en los países con bajos ingresos es catastrófica; pero se suele aducir otra valoración en las sociedades con niveles altos de rentas, porque la medicina moderna posee una capacidad excepcional para mantener a las personas vivas, sanas y sin dolores Sin embargo. Aún en este contexto, el impacto de la asistencia sanitaria es mayor en la economía que en la salud y su contribución a la protección de la salud es más que discutible.

Poco avanzamos si conquistamos el derecho a una atención curativa universal de calidad, pero persisten los procesos productivos que destruyen los ecosistemas y la sustentabilidad, o si predominan los patrones de vida patógenos para toda la población o si continua agravándose la inequidad en salud<sup>50</sup>

La salud colectiva es la que condiciona los modos de vivir, saludables o malsanos de las clases y grupos sociales, de género, de etnias o de los procesos individuales, con sus fenómenos biológicos y psicológicos, porque la salud no se puede reducir a una dimensión meramente individual, sino que es un proceso complejo, multidimensional, cuya determinación fundamental se da en el orden colectivo. la estructura económica y social, las relaciones políticas y culturales y el metabolismo que los modelos productivos establecen con la naturaleza.

Una alternativa promovida por la epidemiología crítica y la “determinación social”<sup>51</sup>, que rompe con el modelo biomédico y con la vieja salud pública funcionalista, que mira la realidad en fragmentos y cuantifica la salud en casos individuales y factores de riesgo desde una lógica clínica y asistencialista, que procesa la información sin referencias históricas y de forma descontextualizada.

---

<sup>47</sup> Breilh J. -La-determinacion-social-de-la-salud-como-herramienta-de-ruptura-hacia-la-nueva-salud-publica-salud-Colectiva-Seminario-Inter-de-Sal Disponible en: <https://es.scribd.com/document/191860596/>

<sup>48</sup> Hart JT. The inverse care law. Lancet 1971;i:405-12.

<sup>49</sup> Hart JT. Ley de Cuidados inversos.: “La disponibilidad de una buena atención médica se relaciona de forma inversa con las necesidades de salud de la población y esto sucede especialmente cuando los servicios sanitarios están expuestos a las fuerzas del mercado”

<sup>50</sup> Global Health Europe. Inequity and inequality in health. 2009. <https://globalhealtheurope.org/values/inequity-and-inequality-in-health>

<sup>51</sup> Breilh J. (2008). Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación de la salud. En Río de Janeiro: R. Nogueira, pp. 87-125.

**El tránsito del siglo XIX al siglo XXI: De la seguridad social al derecho humano en salud.** Aunque en el siglo XX el Estado reconoció la salud como una parte de sus obligaciones , universalizando en algunos países la asistencia sanitaria, ha persistido la miopía de la medicina clínica convencional , como corresponde a la concepción liberal individualista de la medicina hipocrática. Sin duda, el modelo biomédico ha traído incuestionables beneficios, pero también limitaciones y contradicciones cada vez más evidentes, porque no es capaz de asumir que la salud es la expresión de la vitalidad colectiva (medicina social<sup>52</sup>), es decir, que el proceso de la salud y la enfermedad es también un fenómeno social y no sólo biológico, que necesita reformas estructurales, que muy probablemente el Estado actual no esté dispuesto a realizar, al menos por iniciativa propia.

→ **Beneficencia / siglo XIX**

→ **Seguridad Social**

→ **Estado de bienestar / siglo XX**

→ **Derecho a la protección de la salud / siglo XXI**

## **EL EJERCICIO DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD**

*1. La protección social de la salud: La salud no puede estar sometida a riesgos evitables como la contaminación, la violencia o la privación de necesidades esenciales.*

*2. Equidad y efectividad de la atención sanitaria: Acceso universal y servicios sanitarios comunitarios, democráticos y públicos.*

*3. La tecno-ciencia al servicio de las necesidades humanas. El conocimiento es un bien público. Recuperar los valores de probidad e independencia.*

*4. La ciudadanía de receptora de servicios a coproductora de salud. La Participación de los profesionales y la ciudadanía.*

**1. LA SALUD NO PUEDE ESTAR SOMETIDA A RIESGOS EVITABLES COMO LA CONTAMINACIÓN, LA VIOLENCIA O LA PRIVACIÓN DE NECESIDADES ESENCIALES. LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA SALUD.** La OMS en 2008, estableció como determinantes sociales de la salud<sup>53</sup> “las circunstancias en las que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistema que se utiliza para combatir la enfermedad”<sup>54</sup>. Esas **circunstancias** son el resultado de la distribución de dinero, poder y recursos a nivel mundial, nacional y local, y dependen a su vez de las políticas que se implementen<sup>55</sup>.

---

<sup>52</sup> Waitzkin H. Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: Las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. *Medicina Social*. Junio de 2006; 1(1):1-6.

<sup>53</sup> Informe OMS sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Ginebra; 2008. [https://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf)

<sup>54</sup> La Organización Mundial de la Salud, en 2008, determinantes sociales de la salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

<sup>55</sup> OMS. Los determinantes sociales: [https://www.who.int/social\\_determinants/strategy/QandAs/es/](https://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/)

Las grandes promesas del determinismo genético no se cumplen, han pasado 20 años de la finalización del Proyecto de Genoma Humano y la salud de la gente no ha cambiado mucho.

Es evidente que la inclusión de factores medioambientales y sociales no es popular entre científicos, políticos y empresarios, pues exige cuestionar el orden social y económico imperante y hacer algo para cambiarlo. Por esta razón se ha sacralizado el ADN como una molécula mágica y todopoderosa, una explicación reduccionista que sin embargo ha calado en el imaginario social, pero que es tan sólo una verdad a medias que excluye las causas históricas y los procesos sociales, culturales, económicos y medioambientales.

Pero es precisamente sobre estas causas y procesos (los determinantes políticos, socio-económicos y medioambientales) sobre los que es preciso intervenir pivotando sobre dos ejes: las políticas públicas y la participación social. Sólo desde estas bases es posible construir "Comunidades Resilientes"<sup>56</sup>.

**Ejemplos de determinantes sociales de la salud. La terrible epidemia del tabaquismo y las políticas de Philips Morris son el ejemplo clásico, al igual que los alimentos ultra-procesados que suponen el 50-60% de la dieta de los adultos en el hemisferio norte<sup>57</sup> y que son responsables de la epidemia de obesidad<sup>58</sup>.** Las proyecciones de la OMS indican que si se elimina el consumo de ultra-procesados, el tabaquismo, el sedentarismo y el consumo excesivo de alcohol se podrían prevenir el 80% de las cardiopatías, los accidentes cerebro-vasculares y los casos de diabetes de tipo 2, así como más del 40% de los casos de cáncer.

**Lo mismo se puede decir en relación con el cambio climático y la contaminación ambiental<sup>59</sup>: un carcinógeno responsable, al menos, de 9 millones de muertes y "una amenaza para la supervivencia de las sociedades humanas"<sup>60</sup>.** O el rebrote de las zoonosis en forma de pandemias,<sup>61</sup> que derivan de la manipulación/ contacto / consumo de animales. En las últimas décadas, después del virus de la inmunodeficiencia humana VIH/sida (1968, chimpancés), el virus del ébola en África (secreciones de fauna silvestre) ha habido epidemias del virus de la influenza, tipo A AH1N1 (manipulación de aves de corral) y otras del mismo tipo A. Después el SARS-CoV-1 (civetas) y MERS (dromedarios), NIPAH (murciélagos) y por último el SARS-CoV-2 o COVID-19, detectado en Wuhan, vinculada a los murciélagos y quizás pangolines.

## **2. LA ATENCIÓN SANITARIA: ACCESO UNIVERSAL Y SIGNIFICADO COMUNITARIO Y DEMOCRÁTICO DE LOS SERVICIOS.**

La defensa de la universalidad y el carácter público de los servicios son las cuestiones nucleares, a los que hay que asociar otras características como resume Hart JT al referir los aspectos esenciales que dieron origen al

---

<sup>56</sup> El modelo salutogénico [http://www.scielosp.org/pdf/resp/v85n2/02\\_colaboracion1.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/resp/v85n2/02_colaboracion1.pdf)

<sup>57</sup>. Los alimentos ultraprocesados son el motor de la epidemia de obesidad en América Latina, según señala un nuevo reporte de la OPS/OMS, [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11180:ultra-processed-foods&Itemid=1926&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11180:ultra-processed-foods&Itemid=1926&lang=es).

<sup>58</sup>. Pokin B El impacto de los alimentos ultraprocesados sobre la salud. FAO, documento 34, 2020. [www.fao.org](http://www.fao.org) > 3 > ca7349es

<sup>59</sup>. WHO 2021. WHO global air quality guidelines. Particulate matter (PM2.5 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345334/9789240034433-eng.pdf>

<sup>60</sup>. Comisión Lancet sobre contaminación y salud. Publicado: 19 de octubre de 2017 <https://www.thelancet.com/commissions/pollution-and-health>

<sup>61</sup>One Health.Enfermedades zoonóticas. <https://www.cdc.gov/onehealth/basics/zoonotic-diseases.html>

Servicio Nacional Británico de Salud<sup>62</sup>: un servicio único, financiado por impuestos directos, que mide sus resultados en beneficios en salud, construido desde la atención primaria...

No obstante, es necesario revisar con sentido crítico el significado de “servicio público” como ya se ha planteado con anterioridad en el apartado C/ Proyección Comunitaria, en un contexto de democracia átona y delegada, como la que existe en nuestra sociedad, que impide el acceso a la información necesaria, la deliberación de los problemas reales o la rendición de cuentas en asuntos que afectan directamente a la Comunidad, como afirma Abel Novoa<sup>63</sup>.

Se puede decir que existe una contaminación evidente de los servicios públicos debido al “turno” político y las burocracias “gerenciales”, que promueven cortoplacismo y clientelismo y cierran la opción a los profesionales del sector y la ciudadanía, como ha señalado la OMS el actual modelo de gobernanza<sup>64</sup> es un impedimento para el desempeño eficiente y democrático de los servicios públicos<sup>65</sup>.

En este mismo sentido, el actual diseño del sistema nacional sanitario en España, que en teoría coordina a 19 autoridades sanitarias distintas, no facilita el funcionamiento cooperativo del sistema nacional de salud, con reducidas competencias y atribuciones tanto del Ministerio de Sanidad como del Consejo Interterritorial.

En otro orden de cosas, uno de los procesos de cambio de la atención sanitaria que es necesario apoyar es el deslizamiento de la asistencia hacia el domicilio: **Más en casa, más en la comunidad, más en AP y menos en el hospital. Una tendencia de humanización porque acerca al paciente a su propio hogar, según el nivel asistencial que precise, y reserva los hospitales (en menor número) solo a los pacientes más críticos o sometidos a procedimientos muy invasivos.**

### **3. LA TECNO-CIENCIA AL SERVICIO DE LAS NECESIDADES HUMANAS . EL CONOCIMIENTO ES UN BIEN PÚBLICO.**

El actual modelo farmacéutico y tecnológico de propiedad intelectual está roto<sup>66</sup>, se rige por los intereses bur-sátiles de empresa oligopólicas y no crea valor público, ni está orientado a la salud pública, ni a la equidad.

Los éxitos de la ciencia y la innovación biomédica dependen de instancias comerciales. Como ha explicado Bodenheimer<sup>67</sup>: “El mercado ha llegado a la medicina para quedarse y cambiarla sustancialmente”. El modelo vigente no investiga en función de las necesidades humanas y lo hace sin transparencia, cooperación, trabajo a largo plazo, supervisión independiente o difusión en abierto, que son las claves de cualquier proceso investigador<sup>68</sup>.

---

<sup>62</sup>Hart TD, Economía política de la salud, una perspectiva clínica. Grijalbo, 2009

<sup>63</sup> “Las exigencias de transparencia, participación o rendición de cuentas ya no son solo requisitos para mejorar la democracia sino también para mejorar la salud”. Abel Novoa. Entrevista Salud 2000, n.º 149

<sup>64</sup>. Klomp J, De Haan J. Effects of Governance on Health: a Cross-National Analysis of 101 Countries. KYKLOS 2008; 61(4): 599-614

<sup>65</sup>. “The World Health Report” World Health Organization. Good governance for health. Geneva: WHO; 1998.

<sup>66</sup>. UCL Institute for Innovation and Public Purpose (IIPP). The People’s Prescription. Working Paper Series: IIPP WP 2.018

<sup>67</sup>. Bodenheimer T. “Uneasy Alliance - Clinical Investigators and the Pharmaceutical Industry”. NEJM; 342 (20), 539-1544. 2.000

<sup>68</sup>. Entrevista a J. Ioannidis: “la mayoría de las investigaciones son defectuosas, arreglémoslo” en *Medscape*, 4 de julio de 2,018 [https://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/nov201804/48\\_dr/](https://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/nov201804/48_dr/)



El conocimiento debe ser un bien público y no de dinero o poder, pero lo cierto es que solo se investiga el "mercado potencial" ("patentable"), y la "pseudo-innovación"(que no agrega valor terapéutico) es más del 50%del mercado. Mientras que las agencias reguladoras son vulnerables, porque dependen de las tasas que paga la Industria.

No hay otra alternativa que **la batalla política** por una transformación radical de los oligopolios, las patentes, el secreto comercial, los beneficios cortoplacistas y los "precios políticos", la dependencia de la industria de los organismos reguladores, la legislación pro-bussines y el protagonismo artificial del marketing.

En paralelo, es imprescindible **la batalla cultural** dentro del Sistema Sanitario para recuperar los valores de probidad e independencia:

- X La formación continuada dependerá del sector público, se admite el mecenazgo con transparencia, sin condicionalidades y sometido a auditorías.
- X Declaración pública e individualizada. Incluyendo sociedades científicas y grupos de pacientes, de todas las transferencias de valor en todos los ámbitos. Aplicando incompatibilidades y no acreditando como mérito profesional las actividades patrocinadas por la Industria (el denominado "currículo oculto").
- X Prohibir la actividad comercial en los centros sanitarios y educativos, incluida la "visita médica", y la aceptación de regalos o prebendas como establece la legislación vigente.
- X Mayor inversión en investigación, con incentivos para los problemas prioritarios de salud de la población y la investigación Open Access y Open Data. Se necesitan condicionalidades que garanticen el retorno de las inversiones públicas.

#### **4. DE RECEPTORA DE SERVICIOS A COPRODUCTORA DE SALUD. LA PARTICIPACIÓN DE PROFESIONALES Y LA CIUDADANÍA.**

El empoderamiento en salud es el proceso por el que las personas, las organizaciones y las comunidades adquieren o mejoran la capacidad de control sobre las acciones y decisiones que afectan a su propia salud. En la carta de Ottawa o la declaración de Yakarta ( 1.997) se reconoce explícitamente su importancia en la prevención, la promoción y el cuidado de la salud.

Permite reconvertir a las personas y los pacientes de consumidores pasivos de servicios sanitarios paternalistas, a coproductores de salud<sup>69</sup>, con autonomía para prevenir y gestionar su salud y sus enfermedades. El autocuidado es fundamental y debe recibir el máximo apoyo de los servicios sanitarios.

En un marco epidemiológico como el actual de envejecimiento, co-morbilidad y cronicidad de las enfermedades, los cuidados tienen que ocupar un espacio central en A, los servicios sanitarios no pueden tener como única o exclusiva referencia la búsqueda incansable del diagnóstico.

---

<sup>69</sup>. Hart JT Two paths for medical practice.The Lancet, 340 (1992), 772-725

**Participar en el proceso de salud – enfermedad:** En las democracias liberales la participación social ha quedado reducida a poco más que el voto en las convocatorias electorales, con el resultado de una cultura participativa casi inexistente que afecta tanto a la ciudadanía como a los partidos políticos y las instituciones públicas. La participación necesita cauces y competencias bien definidas y ser auditada para cumplir con su función reivindicativa y de abogacía sobre las desigualdades y los problemas que inciden en la salud.

- i. **La participación del paciente.** Un derecho inalienable inherente a la autonomía de las personas; pero además la activación del paciente mejora eficacia del sistema, sobre lo que existe un creciente cuerpo de evidencia<sup>70</sup> Otro tanto se podría decir con respecto a las estrategias de alfabetización y educación en salud de la ciudadanía.
- ii. **La implicación de los profesionales.** Una asignatura pendiente en un sector en donde el conocimiento profesional es determinante. Existe una gran paradoja entre la autonomía que tienen los profesionales en el ámbito de la consulta (con una gran repercusión sobre la racionalidad y el gasto) y la casi nula capacidad de decisión sobre la organización, la gestión y las políticas estratégicas. Es preciso recuperar el consenso, el liderazgo compartido y las prácticas democráticas como primer paso para la lealtad institucional. No se puede dirigir a los profesionales de arriba abajo y en todo, como dicta el “gerencialismo”.
- iii. **La participación de la ciudadanía.** El concepto de "ciudadano" significa tener derecho a participar en la toma de decisiones de los asuntos públicos. Ha pasado mucho más de siglo y medio desde el establecimiento del sufragio universal y la “soberanía popular”, sigue siendo una quimera, Pese al riesgo actual de involución, el descrédito de la política , el auge de la extrema derecha y la creciente manipulación de la opinión pública: desinformación, “fake news”...

## RESUMEN.

Todo proceso de cambio de cierta entidad - y las estrategias comunitarias de la salud como las que proponemos, lo son, tropiezan inevitablemente con fuertes resistencias, desde la denominada “dependencia de la senda”, hasta la necesidad de tener que confrontar con las estructuras de poder político, económico, cultural y profesional. La experiencia dicta que la protección y promoción de la salud requieren ir más allá de las políticas clásicas del estado bienestar para situarse en una nueva perspectiva comunitaria y democrática que permita efectividad en la protección de la salud y en cerrar la brecha de la inequidad: (1) Que empodere a las personas y las comunidades para que se sientan dueñas de su salud, de su protección y promoción, (2) Que aborde la salud desde los determinantes sociales, económicos, ambientales y culturales, con políticas publicas concertadas, integrales y participadas por la ciudadanía. (3) Que asegure un sistema de atención sanitaria universal y democrático a lo largo de la vida de las personas. (4). Que la ciencia, la tecnología en este ámbito respondan a las necesidades de salud de la ciudadanía, al servicio del bien común.

28 de Febrero, 2022

---

<sup>70</sup> Hibbard JH, Verde J. Lo que muestra la evidencia sobre la activación del paciente: mejores resultados de salud y experiencias de atención; menos costos. Health Affairs, Vo 32, No2. February, 2013

Carlos Ponte

