

6.2. Atención primaria de salud, política sanitaria y exclusión social

Juan Gérvas

1. Introducción, con fundamento. Geografía e historia

España forma parte hoy del selecto grupo de países que tienen la lista de pacientes (el cupo) y tienen pago por capitación, que incluye a Canadá (provincia de Ontario), Dinamarca, Holanda, Irlanda, Italia y el Reino Unido. Son países en los que el pago por capitación se implantó en épocas de crisis (después de la Segunda Guerra Mundial o en la Crisis del Petróleo de la década de los setenta), con la excepción de Canadá, que lo ha introducido recientemente en parte como forma de control del gasto sanitario y en parte como forma de mejorar la salud de la población.

La historia del cupo se remonta en España a la Edad Media y a los gremios, con sus «iguales» (pago por capitación, todos igual, se esté enfermo o sano, sea niño, adulto o viejo, trabajador o incapacitado). Esta organización gremial pretendía sobre todo la defensa de viudas, huérfanos y lisiados (de los excluidos sociales en aquel entonces). A lo largo de los siglos se conservó «la iguala» en una u otra forma, incluso en la ilegalidad a finales del siglo XX, por la superposición con la oferta pública de médico de cabecera en que se había introducido el cupo.

En 1984 la reforma de la atención primaria en España llevaba a la desaparición del cupo y a la introducción del salario como forma exclusiva de pago. La población se colectivizó y la atención se despersonalizó, pues era un sector de población el asignado al centro de salud, al médico que cada día «tocara», sin atribución de un médico personal, de un médico de cabecera. Afortunadamente, aquello se paró por la iniciativa del País Vasco, de su consejero de Sanidad entonces, José Manuel Freire Campo. A través de la introducción de la Tarjeta Sanitaria Individual en el País Vasco en 1988 se

potenció la figura del médico de cabecera^[1], se recuperó el cupo, se favoreció el mantenimiento del pago por capitación y se promovió una atención personalizada (Gobierno Vasco, Decreto 252/1988, de 4 de octubre, Boletín Oficial del País Vasco. 7 octubre 1988, 5769-71).

La existencia del cupo va asociada siempre a la función de filtro del médico de cabecera para el acceso al especialista (lo que se denomina en inglés *gatekeeping*). En cierta forma la población que acepta el cupo acepta también una reducción de su libertad, un cierto racionamiento de los servicios, pues acepta tener una puerta de entrada definida a los servicios sanitarios que emplea como primer contacto siempre (excepto en emergencias) y que sea un tercero (el médico de cabecera) el que decida/autorice la conveniencia de la consulta con el especialista (Gérvas y Pérez Fernández, 2006a, 2006b).

Por supuesto, el cupo también limita la libertad del médico de cabecera, que se ve ligado a un grupo de población, y al que se restringe la movilidad profesional en el sistema público (no puede ejercer donde quiera, sino donde haya un cupo «vacante», o en formación).

La sociedad tolera y promueve esas pérdidas de libertad porque entiende que favorecen la equidad y protegen a los pacientes de los excesos de los especialistas, y al sistema sanitario del peligro de aceptar costes «imposibles». Pero no es extraño que con la excepción de España se haya implantado sólo en situaciones dramáticas, como tras la Segunda Guerra Mundial. Incluso en España, el modelo oficial público de médico de cupo, sugerido en la Segunda República, se impuso sólo después de la Guerra Civil (más con el afán de dar escape a la necesidad de una mano de obra «sana» que a ningún afán de revertir la ley de cuidados inversos).

En el sentido de «fijar» la población y los médicos se están desarrollando iniciativas que llevan a «ligar» al paciente a un médico general también en Alemania, Bélgica y Francia (Gérvas y Pérez Fernández, 2006a, 2006b). En estos países, como en Canadá en general, con acceso libre y directo a los especialistas, se implantan mecanismos financieros; por ejemplo, mayor pago al especialista cuando recibe al paciente a través de un médico general o penalización al paciente cuando cambia de médico de cabecera. Indirectamente, estas iniciativas llevarán al establecimiento de cupos «funcionales» que mejorarán la distribución de los médicos de cabecera por la geografía del país, y con ello mejorará el acceso a los servicios sanitarios de los pobres (y la equidad en la sociedad).

[1] En este texto se utilizan como equivalentes los términos «médico general», «médico de cabecera» y «médico de familia». Este médico es, con el pediatra, el de atención primaria. Es atención primaria la organización sanitaria directamente accesible a la población, caracterizada por el médico de cabecera. En atención primaria trabajan también enfermeras, administrativos, trabajadores sociales y otros. Fuera del sistema sanitario público, los farmacéuticos de oficina de farmacia también forman parte funcionalmente de la atención primaria.

Esta cuestión, de distribución geográfica de los médicos generales, no es baladí, como demuestra, por ejemplo, que la distancia al médico de cabecera sea la variable crítica para tener acceso al uso de pruebas diagnósticas de la hepatitis C. Esta variable es más importante que otras de tipo socioeconómico, de forma que la geografía médica es clave para mejorar el acceso y disminuir la exclusión social en el uso del sistema sanitario (Monnet *et al.*, 2008). De ahí la relevancia del cupo y de la lista de pacientes, y de la consiguiente redistribución geográfica de los médicos generales cuando se introducen en un país.

2. Los beneficios del filtro

La medicina fue general desde el inicio de los tiempos, cuando un miembro de la horda se especializó para pasar a ser chamán, brujo, hechicero o curandero. Su heredero, el médico del siglo XIX, seguía siendo generalista hasta que el desarrollo industrial y económico permitió la aparición de los especialistas, con el consiguiente asentamiento de los hospitales como centros con tecnología (laboratorio, anatomía patológica, etc.) y no como lugar de asilo de enfermos. La burguesía enriquecida hizo posible el establecimiento de pediatras, ginecólogos y otros especialistas, en paralelo con el desarrollo de los hospitales.

La especialización en general permitió extraordinarios avances en el siglo XX, lo que se tradujo en el campo médico en el prestigio para los especialistas, con el consiguiente desprestigio de los generalistas (Gérvas *et al.*, 2007). En algunos países, como EE. UU., la presión fue tal que en los sesenta hubo que cambiar el título de médico general para transformarlo en médico de familia, como un especialista más, con sus años de residencia de postgrado. Otros países, como España, siguieron la misma estela en los setenta y ochenta.

La sociedad prefería/prefiere al médico especialista y dejaba al médico general para lo sencillo y para la clase baja (atención primaria, de «primario», «primitivo» y «simple»). Sin embargo, el conocimiento generalista es básico en la toma de decisiones en situaciones complejas, como las típicas en la práctica médica, sobre todo en pacientes con varias enfermedades. Por ello los médicos generales han conservado el prestigio (y el nombre) en algunos países (como Dinamarca, Holanda y Reino Unido) en los que han sabido aunar: 1) autonomía profesional (son profesionales independientes); 2) monopolio del primer contacto (papel de filtro); 3) producción de conocimiento (publicaciones, tesis doctorales, etc.); 4) impacto en la salud y los costes; 5) contribución a la reversión de la desigualdad en salud, y 6) satisfacción de los pacientes y de la población (Gérvas y Pérez Fernández, 2006a, 2006b).

Desconocemos los mecanismos íntimos que justifican los beneficios de la existencia del cupo (la lista de pacientes) y el consiguiente papel de filtro del médico general,

pero los beneficios en sí son ciertos y demostrados (Gérvas y Pérez Fernández 2006a; Mazinko *et al.*, 2003).

Con la asignación de un médico de cabecera a cada paciente y familia se permite el establecimiento de una relación continua a lo largo del tiempo para los distintos problemas de salud que vayan surgiendo. El médico general acumula así un conocimiento de las personas y de las familias, un inmenso acervo de «datos blandos», que le permite mejorar su capacidad de decisión ante situaciones complejas en lo biológico, psicológico y social (Ortún y Gérvas, 1996). Esta mejora tiene fundamento matemático, el teorema de Bayes, que demuestra que la información blanda permite aumentar la probabilidad preprueba y seleccionar a la población a la que vale la pena aplicar los métodos más complicados y agresivos de los especialistas (Gérvas y Pérez Fernández, 2006a; Ortún y Gérvas, 1996; Gérvas, 2005).

Por ejemplo, en la rectorragia (sangre fresca por recto, normalmente al terminar la defecación), la probabilidad de que se deba a cáncer de colon/recto es muy baja en la población general, del 1%. Sube la probabilidad al 20% entre los que se deciden a ir a consultar a su médico de cabecera. Y la probabilidad aumenta hasta el 320% entre los que deriva el médico de cabecera al especialista. Todo ello en un ejemplo holandés, con médico general que tiene cupo y función de filtro, capaces de aumentar la probabilidad preprueba enormemente con información blanda (conocimiento del paciente y de su familia, conocimiento del contexto, por ejemplo).

3. Uso innecesario médico y prevención cuaternaria

¿Qué pasa cuando el paciente puede acudir directamente al especialista? Que muchos sufren los riesgos de pruebas agresivas e innecesarias, hasta el punto de no compensar los beneficios esperables (Gérvas y Pérez Fernández, 2006a; Gérvas, 2005). Es decir, el médico general con cupo y función de filtro actúa de barrera que defiende a los pacientes de efectos adversos y riesgos ciertos. El médico general con cupo y función de filtro protege a los pacientes del sobrediagnóstico y del sobretratamiento (Franks *et al.*, 1992; Gérvas y Pérez Fernández, 2006a; Gérvas, 2005). En este sentido, los pacientes de los médicos generales del sistema sanitario público español, los pacientes incluidos en los cupos de los médicos de cabecera, están protegidos por el filtro del contacto innecesario de los especialistas. Esa es la razón de ser de la tolerancia social ante la pérdida de libertad que conlleva el cupo tanto para la población como para los médicos generales.

Lamentablemente, este filtro que protege a ancianos, inmigrantes y otros marginados no protege a los insignificantes ni a muchos de los que tienen trayectorias vitales discontinuas, a los que sufren la mayor exclusión social desde el punto de vista sanitario por no pertenecer a ningún cupo.

Este filtro tampoco protege a los nueve millones de privilegiados que acuden directamente a los especialistas, pero en estos la salud depende más de sus condiciones económicas y educativas que del sistema sanitario, de forma que hasta cierto punto pueden «resistir» las prácticas diagnósticas y terapéuticas de los especialistas.

El uso innecesario de los recursos sanitarios es peligroso para la salud del paciente. Hay que lograr impedir/dificultar el uso innecesario del sistema sanitario, fundamentalmente el de los especialistas. Esto es importante para la sociedad en general y para los marginados en particular, por su menor resistencia en salud, por su mayor deterioro y menor expectativa de vida.

Con la salud precaria típica de los excluidos, el riesgo del contacto directo innecesario con los especialistas puede llegar a ser mortal. Sirva de ejemplo EE. UU., con la medicina más tecnológica del mundo y donde en general hay acceso directo a los especialistas (excepto para el 25% de la población que carece de cobertura sanitaria y que obtiene cuidados fundamentalmente en urgencias hospitalarias). Allí la atención médica es la tercera causa de muerte en la población (Starfield, 2000). Se produce esta mortalidad por los efectos adversos de pautas preventivas y pruebas diagnósticas y de actividades terapéuticas, en su mayor parte de los especialistas (pruebas muchas veces innecesarias).

Llamamos prevención cuaternaria al trabajo del médico que lleva a disminuir o evitar el daño que provoca la actividad sanitaria (Gérvas y Pérez Fernández, 2003; Gérvas, 2006). La prevención cuaternaria se facilita con un sistema sanitario en el que existan médicos de cabecera con función de filtro, pues ello da racionalidad al uso de pautas preventivas y de las pruebas y tratamientos de los especialistas, siempre más agresivos (Gérvas, 2005; Gérvas y Pérez Fernández, 2005).

4. Cascadas diagnósticas y terapéuticas (e incertidumbre clínica)

La actividad médica provoca «cascadas» de incierto final (Mold y Stenein, 1986; Pérez Fernández y Gérvas, 2002). Por ello consultar con el médico sin necesidad es peligroso, y es más peligroso en urgencias o si se hace directamente al especialista (Gérvas, 2005). Toda consulta genera una acción, al menos, pues el médico se enfrenta a la incertidumbre y tiende a limitarla con decisiones varias. Los médicos generales están formados para controlar la incertidumbre con pocas intervenciones; los especialistas, no. Y en urgencias el método es exactamente el de intentar resolver la incertidumbre en el momento. Cuanto menor control de la incertidumbre, mayor probabilidad de daño por causa de la intervención médica.

A partir de la consulta con el médico se producen una serie de hechos concatenados («cascadas») que no tienen demasiada lógica, excepto la que sustenta al sistema

sanitario. Por mucho que asombre, no es la necesidad, el problema o la enfermedad del paciente lo que «gobierna» la respuesta sanitaria, sino el lugar de la atención y la especialidad del médico con el que se consulte. Así, por ejemplo, la consulta por dolor de espalda inespecífico, que dura años y sólo precisa de algún analgésico ocasional, lleva a artrosis y hernia discal e intervención quirúrgica con el traumatólogo, a canal lumbar estrecho e intervención con el neurocirujano, a radiculopatía con el neurólogo, a un extenso estudio de diagnóstico por dolor referido con el internista, etc. (la consecuencia final es la actual epidemia de lisiados por causa médica en torno al dolor de espalda inespecífico, epidemia provocada por la actividad médica) (Deyo, 1998).

Todo ello se debe a que la cascada suele conllevar el abuso de pruebas diagnósticas y terapéuticas, con el consiguiente riesgo. Por ejemplo, la realización de cinco TAC (tomografía axial computarizada) de 64 cortes conlleva los mismos efectos adversos que los sufridos por los habitantes de Hiroshima con la bomba atómica. Pocos pacientes (y médicos) son conscientes de este daño de las radiaciones diagnósticas. Pero daño hacen todas las intervenciones médicas, incluso las más inocentes; otra cosa es que los beneficios compensen los daños en condiciones ideales y de necesidad.

Hay que evitar el uso innecesario de los especialistas y de sus métodos diagnósticos y terapéuticos para controlar la incertidumbre. Ello se logra con la prevención cuaternaria. Esta es la razón del beneficio de la función de filtro del médico general, el evitar las cascadas que se inician cuando se toma contacto innecesario con urgencias o con los especialistas (Gérvas, 2005).

Por supuesto, los miembros de las clases media y alta pueden decidir evitar el filtro, como hemos visto (con o sin dinero público en ese «evitar el filtro»), pero con ello se exponen a especialistas centrados en su campo (una especie de cíclopes con una lupa o microscopio por ojo que sólo les deja ver una pequeña parcela del mundo del enfermar) cuyas cascadas diagnósticas y terapéuticas llevan a eventos bien definidos por la especialidad, no por la necesidad del paciente (Deyo, 1998; Gérvas, 2005).

Lo prudente y lógico es el uso en primer lugar, como primer contacto, del médico de cabecera, que tiene capacidad técnica para filtrar al especialista aquellos pacientes que muy probablemente se beneficiarán de sus técnicas diagnósticas y terapéuticas. El médico general selecciona las manzanas probablemente sanas y las mantiene sin intervención alguna, o con intervenciones mínimas, y pasa las manzanas con probables problemas al especialista.

5. Con las urgencias, prudencia

Parece, pues, que la asistencia sanitaria del médico de cabecera (y con él de toda la atención primaria) se da al «ciudadano», no al «habitante». Esta distinción es importante; por ejemplo, en la fallida Constitución Europea no se tenía en cuenta a los ciuda-

danos, sino a toda la población, los habitantes, para el derecho a la asistencia sanitaria. Los habitantes son más numerosos que los ciudadanos.

Entre los ciudadanos no suele incluirse a los insignificantes.

La diferencia es importante. Los insignificantes de Gustavo Gutiérrez Merino son invisibles, pero existen. Son las prostitutas, los vagabundos, los drogadictos, los inmigrantes y pobres sin documentación y otros. Estos habitantes no suelen tener un médico de cabecera, ni estar incluidos en ningún cupo. Por consiguiente, su atención es vicariante y esporádica, en urgencias hospitalarias, en alguna organización no gubernamental (ONG) o en otros lugares. Estas fuentes de cuidado actúan para «apagar incendios», sin ánimo de continuidad ni de globalidad, con el deseo de tratar el problema presente y poco más. Se cumple así inexorablemente la Ley de Cuidados Inversos, que dice que «el acceso a atención médica de calidad disminuye en proporción inversa a su necesidad en la población y ello se cumple más intensamente donde las fuerzas del mercado son más intensas» (Hart, 1971). Nótese que, según esta ley, las tendencias privatizadoras en el sistema sanitario van en contra de los que necesitan más los cuidados, de forma que la orientación al mercado aumenta la exclusión social y sus consecuencias en salud.

Los insignificantes se localizan fácilmente si se cruzan datos del uso de urgencias hospitalarias con el uso de albergues para indigentes, servicios sociales de emergencia y participación en «actividades» con la policía, por ejemplo (Keene *et al.*, 2001). Los insignificantes son probablemente quienes más se beneficiarían de la atención primaria. Pero no pertenecen a ningún cupo y no pueden tener la continuidad que ofrece el médico de cabecera.

Se comprende desde esta perspectiva que la asistencia casi exclusiva en urgencias a los insignificantes conlleve riesgos para su salud. Este fenómeno ha sido estudiado en el Reino Unido, en un caso en que se pudo demostrar que el 96% de los que habían utilizado siete o más «agencias sociales comunitarias» (desde albergues para dormir hasta policía) también habían pasado por urgencias hospitalarias (Khoshnood *et al.*, 2006).

A no olvidar que entre estos pacientes excluidos, tipo pobres y marginados sin hogar (incluye a los inmigrantes que reúnen estas dos condiciones), predominan enfermedades de gran interés para la sociedad, por su contagiosidad, como la tuberculosis, de forma que lo que es malo para los excluidos es malo para el conjunto de la población. Convendría que por simple egoísmo social se proveyera a los insignificantes y otros excluidos de una atención primaria de calidad (Gérvas y Pérez Fernández 2006a; Gérvas, 2004a, 2004b).

En los centros de atención primaria pública cada vez es más frecuente la existencia de lista de espera para ver al médico de cabecera. Naturalmente, esta barrera organizativa, aunque sólo sea de tres/cuatro días, lleva a los pacientes a las urgencias, en el centro de salud o en el hospital, de forma que se pierden todas las ventajas que da el filtro, como la continuidad de cuidados y el trabajo sereno (el típico «esperar y ver»

del médico general, que sabe que su paciente volverá si las cosas empeoran). La lista de espera para conseguir cita con el propio médico de cabecera reafirma el uso libérrimo de las urgencias y vacía de contenido al cupo y la lista. Va por ello contra los que más se beneficiarían de su esplendor: los marginados y la clase baja.

El uso vicariante de urgencias se convierte en un indicador de problema social, de exclusión, al tiempo que conlleva riesgos para la salud de los que las utilizan innecesariamente, o en exclusiva. Ello afecta en parte a amplísimas minorías, como trabajadores con problemas de acceso a la consulta del médico de cabecera.

6. Uso en la práctica de los especialistas

Naturalmente, una consecuencia esperable de todo lo comentado es el mayor acceso a los especialistas por las clases medias y altas españolas (Regidor *et al.*, 2006; Rodríguez y Stoyanova, 2004). Estas clases evitan la atención primaria pública por los problemas de acceso al médico de cabecera y por el atractivo que ejercen los especialistas y el deseo y sensación de capacidad de elección por sí mismos. De hecho, en el sistema sanitario privado los médicos generales son sólo el 13% del total (menos de la mitad de la «densidad» en el sistema público).

Los pacientes españoles con póliza privada exclusiva (conseguida con/sin financiación pública) utilizan más a los especialistas que a los médicos generales. Si hay doble cobertura (privada del bolsillo y pública por obligación) se visita más al médico general (1,4 veces por cada vez que se accede al especialista). Si hay sólo cobertura pública, el uso del médico general es 2,8 veces mayor que el del especialista (Rodríguez y Stoyanova, 2004). Téngase en cuenta que los pacientes con doble cobertura son más jóvenes, tienen mayor nivel educativo, pertenecen a clases sociales altas, declaran mejor estado subjetivo de salud, tienen menor carga de enfermedad y de minusvalía, y declaran una mayor preferencia por la consulta del especialista. Como consecuencia, su uso del especialista es menos necesario (o más peligroso, si se quiere ver así).

Cuando se compara, los pacientes que acceden al especialista en el sistema privado son más cultos, más frecuentemente mujeres, más jóvenes y con mejor salud que los pacientes que «pasan» el filtro y acceden al especialista en el sistema público (Regidor *et al.*, 2006; Rodríguez y Stoyanova, 2004). Los marginados que sólo tienen acceso directo a la consulta del médico de cabecera de la atención primaria pública utilizan mejor los servicios de los especialistas, pues los utilizan más cuanto peor salud tienen (Rodríguez y Stoyanova, 2004).

Cuestión aparte es el acceso efectivo a los especialistas. Las clases media y alta esperan menos para ser vistos por el especialista y para ser ingresados, incluso en el sector público (Regidor *et al.*, 2006). Es decir, hay barreras administrativas que dificultan el uso de los especialistas y de los hospitales por los marginados, incluso en un sistema

público universal. Este problema español recuerda al problema francés de mayor frecuencia de partos de niños con síndrome de Down en las clases bajas, por menor uso de los servicios prenatales (Khoshnood *et al.*, 2006). Puede deberse tanto a un rechazo a la atención como a una menor expectativa de la ayuda o a reales barreras para el uso efectivo de los servicios disponibles.

Entre los médicos españoles es frecuente aludir a la «vía de las pentosas» como la vía que componen los cien atajos que puede seguir el paciente con amigos e influencias para saltarse las listas de espera. Este es un problema sin resolver que contribuye a colapsar las listas de espera, pues la doble vía de acceso al hospital y a los especialistas y a sus pruebas (la «vía de las pentosas») provoca mayor atasco primero en la cola original y después en ambas (este fenómeno es esperable, pues se ajusta a la paradoja de Braess, bien estudiada en los flujos del tráfico en carretera; ejemplo es el típico atasco que genera la reincorporación a la vía normal de los vehículos que han elegido la vía rápida) (Gérvás *et al.*, 2008).

Las clases media y alta dominan mejor la burocracia; en su acceso rápido contribuyen a atascar las colas, con graves consecuencias para los pacientes más enfermos, pues las colas en España raramente tienen prioridad basada en necesidad. Se produce, pues, un doble daño, el acceso más rápido para las clases sociales altas que muchas veces no lo necesitan y el retraso para los pacientes que más lo necesitan.

Destaca que esta «vía de las pentosas» se emplea a menudo por todo el personal sanitario (y sus familiares), desde el director del hospital hasta el último celador de un centro de salud, de forma que son los profesionales los que también contribuyen al atasco y a los retrasos en la atención a los enfermos que más lo necesitan (muchas veces pacientes de grupos marginales que sólo tienen el último recurso de las urgencias hospitalarias). Es otro nuevo círculo vicioso que en este caso confirma a los que sólo tienen cobertura pública que las urgencias son el «remedio» a las deficiencias, sin percibir los peligros que conlleva su abuso.

7. Desigualdad en el uso necesario de los especialistas

¿Qué atrae tanto de los especialistas a las clases medias y altas? Quizá la evolución en común a lo largo de los siglos XIX y XX. Tal vez el atractivo tecnológico, el brillo de los (peligrosos) métodos diagnósticos de los especialistas, con sus datos duros (procedentes de máquinas). La innovación en este material, el brillo tal cual de los aparatos, ¿es ese el atractivo? Tal vez sea más bien la mayor agresividad, el menor control de la incertidumbre, el trabajo más dirigido al diagnóstico y a la etiqueta (a pesar de que la mitad de los problemas de salud se resuelven sin diagnosticar, lo mismo en la consulta del médico de cabecera que en urgencias) (Rosemberg, 2002).

Médicos generales y especialistas tienen formas diferentes de trabajar, pues los especialistas tienden a hacer diagnósticos de enfermedades sin tratamiento, mientras que los médicos generales tienden a tratar enfermedades sin diagnósticos.

Respecto a otros países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), la situación española no es tan mala (Dooslaer *et al.*, 2006). Podríamos decir que las clases bajas emplean en exceso los servicios de los médicos generales, mientras que las clases altas utilizan en exceso los servicios de los especialistas.

Curiosamente, el uso de los médicos generales no tiene rasgos de desigualdad en casi ningún país de la OCDE (las excepciones son Canadá, Finlandia y Portugal) y cuando la hay es pro pobre, como en Alemania, España y Grecia. Por contraste, la desigualdad es la norma en la utilización de los servicios de los especialistas, y es siempre pro rico. Esta desigualdad en el uso de los especialistas es especialmente llamativa en Finlandia, Irlanda y Portugal.

En conjunto, el uso de todo tipo de médicos muestra una desigualdad prorico en la mitad de los países de la OCDE, destacando como más desiguales EE. UU. y México (los dos únicos países de la OCDE sin un sistema sanitario público universal), seguidos de Finlandia, Portugal y Suecia, y a mayor distancia de Canadá, Holanda, Italia y Noruega (Dooslaer *et al.*, 2005).

En este trabajo sobre países de la OCDE se intentó controlar la utilización teniendo en cuenta la necesidad, y los resultados sugieren que las clases bajas pueden estar recibiendo menos cuidados de los necesarios de los especialistas (Dooslaer *et al.*, 2005). En España el acceso a los cuidados especializados depende en mucho de la capacidad económica del paciente, pues hasta el 30% de las consultas al médico especialista se realizan sin financiación pública, lo que puede explicar el infrecuente uso de los especialistas por los pobres (Lostao *et al.*, 2001).

De estos resultados se puede deducir que cuando los pacientes de clase baja utilizan los especialistas lo hacen más justificadamente (están más enfermos), pero que en conjunto pueden estar utilizando en defecto los servicios de los especialistas (a veces los necesitan y no los reciben). En ese sentido cabe hablar de «fracaso» del sistema sanitario español, pues excluye a los que más lo necesitan de cuidados necesarios. La exclusión sanitaria por razón de renta es un indicador de incumplimiento del objetivo de todo sistema sanitario de financiación pública: lograr que la asistencia sanitaria y la utilización de los servicios sea igual ante la misma necesidad.

Pese a este mal resultado, se ha demostrado reiteradamente el buen trabajo de los médicos generales que dan respuesta en España a la mayor parte de los problemas de salud y sólo remiten y bien a algunos pacientes a los especialistas (a las consultas o a ingreso hospitalario) (Gérvas y Pérez Fernández, 2005). ¿Cuál es la explicación al uso diferencial desigual de los servicios especializados cuando se necesitan? Los fallos de coordinación entre atención primaria y atención especializada (Gérvas y Rico, 2005;

Gérvas *et al.*, 2006). Ese es uno de los «agujeros negros» de la exclusión social en la utilización de los servicios sanitarios en España.

Así, el paciente bien derivado se ve atrapado en una jungla de listas de espera sin criterios de prioridad, tanto para la cita con el especialista como para la cita de las distintas pruebas que este solicita. Y en ese espacio se mueven mejor las clases media y alta.

8. Reforma pro contenido (¿y la reforma pro coordinación?)

La exclusión social respecto al uso de los servicios especializados necesarios es consecuencia de la debilidad de la atención primaria en España. La reforma de 1984 (la misma que llevó en un primer momento a hacer desaparecer el cupo) fue una reforma pro contenido, no pro coordinación. Es decir, se eligió potenciar básicamente el recurso «centro de salud» en lo material, al compás de la mejora formativa del médico general devenido en médico de familia, pero se renunció a potenciar su papel y su poder de coordinación. Esta renuncia, fruto de la debilidad permanente de la atención primaria frente al sector hospitalario y especializado, la pagan los marginados y los pacientes de clase baja en general con retrasos cuando precisan atención especializada, pues carecen de la ayuda, guía y fuerza que podría dar un médico de cabecera con un mínimo poder de coordinación.

En otros países europeos se han hecho reformas pro coordinación que dan mayor poder al médico general en el proceso de derivación. Por ejemplo, con la capacidad de «compra» de servicios especializados a los médicos generales ingleses. O la capacidad de elección de especialista incluso en otra ciudad, con pago del transporte por el sistema público, en Noruega. O el trabajo de médicos generales en Dinamarca para asesorar a los hospitales en los problemas de la coordinación (Gérvas y Rico, 2005; Gérvas *et al.*, 2006). Estas reformas y otras facilitan el trabajo del médico de cabecera cuando deriva al paciente, de forma que este no queda «a la deriva».

Por contraste, en España el médico general tiene poca capacidad de control sobre la derivación; sencillamente deriva a sus pacientes a los especialistas (de los que muchas veces no sabe ni siquiera el nombre) y estos pasan a engrosar listas de espera sin prioridad por necesidad (tanto para la primera visita al especialista como para las pruebas diagnósticas que este solicita, así como las visitas sucesivas al mismo). El tiempo se alarga en el agujero negro de la interfase entre especializada y primaria, y el paciente de clase baja carece de mecanismos para evitar el daño; su médico de cabecera sólo puede recurrir a derivar al paciente a urgencias, con lo que esto tiene de aumento del crédito del uso de las mismas.

La desigualdades en el acceso a la atención especializada persistirán mientras no se desarrolle una reforma pro coordinación que dé poder la médico general, y mientras no se implante un sistema de listas priorizadas según necesidad.

A no olvidar los problemas en la coordinación entre el sistema sanitario y la asistencia social. En este sentido se echa de menos una potenciación del papel de los trabajadores sociales como coordinadores en la interfase sanitaria-social.

9. Política, atención primaria y comunidades autónomas

Las decisiones acerca de la atención primaria, de la existencia del cupo y otras son decisiones políticas que pueden cambiar el panorama social y la organización sanitaria. Estas decisiones dependen de la ideología de los partidos políticos. Sin embargo, las decisiones no sólo dependen de la orientación política de los gobernantes, como bien demuestra el caso de la conservación del cupo en España, pues pertenecían al PSOE (Partido Socialista Obrero Español) tanto la Consejería de Sanidad del País Vasco como el Ministerio de Sanidad en 1988. La ideología es clave, pero las personas con responsabilidades públicas son importantes por su sensibilidad social y por sus conocimientos.

Cuando se estudian las diferencias entre CC. AA. (comunidades autónomas) según el desarrollo de su atención primaria, se muestran diferencias asociadas a la ideología de sus gobernantes (Martín *et al.*, 2008; Gérvas, 2008a; Gérvas, 2009). Así, la puntuación global ponderada de la atención primaria en las CC. AA. dibuja un mapa de España que va de 46 a 28, con una media de 37. Para elaborarla se tuvieron en cuenta los siguientes indicadores: oferta de servicios, capacidad resolutoria diagnóstica y terapéutica, acceso a pruebas diagnósticas del segundo nivel asistencial, accesibilidad y relación médico-paciente, eficacia y eficiencia, gasto público en atención primaria y calidad percibida por los usuarios. Ordenadas de «mejor a peor», los resultados con los puntos conseguidos son: Aragón 46, Cantabria 45, Castilla y León 44, País Vasco 44, Asturias 43, Cataluña 42, Andalucía 39, Castilla-La Mancha 39, Extremadura 39, Navarra 37, Baleares 35, Comunidad Valenciana 32, Galicia 32, La Rioja 29, Madrid 28, Murcia 28 y Canarias 26 (Martín *et al.*, 2008).

Las mayores diferencias se dan respecto a la densidad de médicos de cabecera, al acceso a pruebas diagnósticas y al contenido de los servicios ofertados (cartera de servicios). Es decir, la clave es la actitud política ante la necesidad y la capacidad de los médicos generales (Gérvas, 2008a; Gérvas, 2009).

Como se ve por la comparación entre CC. AA., hasta cierto punto, el cupo es un mínimo para asegurar la distribución homogénea de los médicos generales, pero se necesita más, como el dotarles de medios y el darles autoridad para coordinar la atención necesaria. Conviene que haya médicos de cabecera distribuidos hasta en el último pueblo y arrabal, pero conviene que tengan recursos, actitudes y conocimientos que los hagan valiosos.

Ya se ha señalado la importancia de la distancia al médico de cabecera, por lo que resulta interesante estudiar en la práctica su distribución en España. Si se analiza la oferta de centros de salud y de consultorios locales rurales por CC. AA., se demuestra una gran variabilidad que no se corresponde estrictamente ni con población ni con ruralidad; es lógico esperar más «puntos de atención» (donde pasar consulta el médico y la enfermera), pero la distribución de estos puntos sería ideal que se adaptara al entorno, a la densidad de población su distribución rural. En total, en el año 2006, en España, había 2.904 zonas básicas, y casi un centro de salud (son 2.840) y más de tres consultorios (son 10.216 en total) por zona básica.

Podemos considerar el número de consultorios por zona básica como un *proxy* (indicativo) a la accesibilidad rural, como ejemplo. Así, Galicia, con 315 zonas básicas tiene 390 centros de salud y 101 consultorios, mientras que Castilla y León, en el otro extremo, tiene 248 áreas básicas con 241 centros de salud y 3.647 consultorios. Es decir, Castilla y León tiene un tercio del total de los consultorios en España, lo que sugiere una decisiva apuesta por la accesibilidad y una discriminación positiva a favor de los pequeños núcleos rurales, una apuesta por revertir en este aspecto la Ley de Cuidados Inversos (por oposición a Galicia, que demuestra con hechos lo contrario) (Gérvás, 2009).

Este mismo indicador permite diferenciar las CC. AA. de Madrid y de Cataluña, pues los datos sugieren mucha mayor accesibilidad en esta última comunidad; así, en Madrid hay «megacentros» de salud, lo que exige desplazamientos importantes a los habitantes de las distintas zonas básicas (548, con 249 centros de salud y 159 consultorios), lo que se evita en Cataluña (352 zonas básicas, 352 centros de salud y 892 consultorios). Madrid ofrece la mitad de los centros de salud que la media nacional, mientras que Cataluña se mantiene en la media. Lo mismo sucede si se comparan las dos CC. AA. insulares, pues Baleares tiene una estructura de locales que garantiza una mejor accesibilidad (49 zonas, 49 centros de salud y 103 consultorios; más de dos consultorios por zona) si se compara con Canarias (106 zonas, 104 centros de salud y 149 consultorios; menos de 1,5 consultorios por zona).

Si se suman centros de salud y consultorios y se divide por las zonas de salud, la media en España es de 4,5. Pero las variaciones son enormes, de hasta 23 veces, entre 15,8 en Castilla y León (y 10,2 en La Rioja), mientras que hay un 1,6 en Galicia y un 0,7 en Madrid. Ordenadas por esta aproximación a la «densidad» de centros de salud y consultorios de atención primaria, de mayor a menor densidad, las CC. AA. se listan como sigue: Castilla y León, La Rioja, Aragón, Castilla-La Mancha, Navarra, Andalucía, Extremadura, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, Baleares, Asturias, Canarias, País Vasco, Galicia y Madrid (Gérvás, 2009).

La accesibilidad, incluso medida como distancia al médico de cabecera, es un factor importante para facilitar la atención a los excluidos, a los pacientes de los grupos marginales. Las decisiones al respecto determinan la exclusión (o no) del sistema público de atención primaria. No es cuestión menor, pues, que haya variaciones tan brutales en la densidad de centros y consultorios de atención primaria.

10. Provisión privada, financiación pública. Equidad, igualdad y calidad

En teoría, existe en España un sistema sanitario único, público y universal, que cubre al 100% de la población. En mantener esa posibilidad han estado de acuerdo todas las sensibilidades políticas que han gobernado España. La Ley General de Sanidad, de 1986, exigió la incorporación de todos estos colectivos al régimen general, pero quedó en agua de borrajas. Este incumplimiento de las leyes es parte del contexto en el que se produce y mantiene la exclusión social (del acceso a los servicios sanitarios en este ejemplo) en España.

El sistema sanitario público lo evita el sector de la población más culto y de mayor poder adquisitivo, social y político. En total en torno a tres millones de españoles obtienen provisión privada de atención sanitaria con financiación pública de la misma. Es decir, «escapan» (MUFACE y otras mutualidades —ISFAS— y entidades colaboradoras) por los mecanismos de la provisión pública; escapan sobre todo de los cupos, de los médicos de cabecera y de su filtro. Y los empleados de las grandes empresas con convenios especiales (empresas colaboradoras de la Seguridad Social, que administran el dinero público sanitario para sus trabajadores, como los bancos Santander, Bilbao-Vizcaya y de España; también la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre, Televisión Española, y otras).

Por supuesto, la elección de la provisión privada por funcionarios y trabajadores de empresas colaboradoras no es definitiva ni tiene riesgos, pues además de poder cambiar cada año si la necesidad y el coste es mucho (por ejemplo, trasplante de órgano, tratamiento oncológico o enfermedad terminal), se admite el cambio «sobrevenido» por necesidad imperiosa y el paciente retorna de inmediato a lo público, con el gasto selectivo consiguiente.

Para hacerse idea de lo disfuncional de la «solución MUFACE» nada como el conflicto del Cuerpo Diplomático. Sus funcionarios (y sus familiares, en total unas 7.000 personas) afiliados a MUFACE no tienen derecho a transferir la asistencia sanitaria a otros países a través de la Seguridad Social, como puede hacer el común de los españoles, lo que les priva de la «tarjeta sanitaria europea» y de los beneficios de los convenios internacionales que firma la Seguridad Social de España. La situación se resuelve a través de un convenio ad hoc firmado por MUFACE, con compañías privadas y con un presupuesto específico autorizado por el Consejo de Ministros (algo más de 41 millones de euros para tres años desde 2009, por ejemplo). Así pues, el sistema rechaza en cierta forma a los funcionarios diplomáticos y a sus familiares, en una suerte de exclusión social «por lo alto» que al final significa lo mismo, la no utilización de los servicios sanitarios públicos, la provisión privada de atención sanitaria con financiación pública de la misma.

Escapan también al régimen general mediante generosos acuerdos con financiación pública los abogados, arquitectos y periodistas. Especialmente preocupante es este último grupo, incluido en la Asociación de la Prensa, que goza de convenios ex-

cepcionales, por ejemplo con la Comunidad de Madrid, pues quienes forman opinión a través de su trabajo en los medios de comunicación tampoco se incluyen entre los que pertenecen a cupos de médicos generales. ¿Quién atribuirá prestigio al sistema público y a la atención primaria que cubre a la mayoría de la población? ¿Quién lo defenderá? El prestigio lo generan las clases medias y altas^[2], y en el caso español estas «escapan» de la atención primaria pública, lo que a la larga conlleva desprestigio y falta de presión para la mejora continua de los servicios (Freire, 2005; Gervas y Pérez Fernández, 2008).

Por supuesto, también escapan los políticos con sus pólizas privadas. También desde 1999 a través del más universal incentivo fiscal de desgravaciones en beneficios o ingresos para empresas y trabajadores, y desde 2003 a trabajadores autónomos (los pagos de las pólizas sanitarias privadas se descuentan de beneficios y de nóminas, pues no están sujetas a tributación). Con esta fórmula escapan de la atención primaria pública unos dos millones de españoles (Freire, 2005; Gervas y Pérez Fernández, 2005; Rico *et al.*, 2007).

Además, por estos mecanismos de financiación pública, los impuestos generales (con una tributación cada vez más dependiente de los impuestos indirectos que afectan a todos los consumidores) ayudan a que un sector de la población privilegiado vea cubiertos sus gastos sanitarios privados con dinero que procede de toda la población, ricos y pobres.

Desde una perspectiva de igualdad (mismas prestaciones y equivalente modo de acceso a las mismas) y equidad (universalidad efectiva de uso por todos los grupos sociales) es poco útil una atención primaria pública que sólo utilizan quienes no tienen otras alternativas. La universalización que en teoría implantó la Ley General de Sanidad es inseparable del mantenimiento de la calidad de los servicios a los que da acceso (Freire, 2005). De este modo, equidad y calidad deberían ir unidas en un Sistema Nacional de Salud con vocación globalmente universal.

Pero no hay calidad mantenida sin uso de la atención primaria pública por los que tienen poder cultural y adquisitivo e influencia en los políticos, por los que atribuyen prestigio a profesionales e instituciones. Es más fácil obviar las quejas y reclamaciones en voz queda o en la burocracia del circuito oficial, por donde caminan las clases bajas y los utilizadores de la atención primaria pública, que los comentarios y presiones a su altura de las clases media y alta que conviven con políticos, jueces y otras jerarquías y no utilizan la atención primaria pública.

[2] En este texto no se discrepa del concepto clásico de clase social, hoy muy discutido. Se mezcla en su uso la clase social propiamente dicha con el estatus social y la disposición de recursos (educativos, materiales, financieros y otros). Por ejemplo, la educación es más un predictor de clase social, de estatus social y de recursos materiales que un indicador propiamente de la misma. Pero son cuestiones que salen del ámbito de este texto.

Es una enorme paradoja para el prestigio de lo público que incluso los que administran el propio sistema sanitario (sus funcionarios) «escapan» del sistema público (Freire, 2005; Gervas y Pérez Fernández, 2008). En este «escape» no ha tenido el menor impacto la reforma de 1984, que no moderó el rechazo a la atención primaria pública a lo largo de los años. De hecho, el porcentaje de los funcionarios que se acogen al privilegio de las compañías privadas ha subido del 77% en 1994 al 87% en 2004.

11. ¿La verdad? En los presupuestos

Como resultado podemos comprobar el déficit presupuestario de la atención primaria pública, y su suplemento con dinero privado, lo que lleva a más exclusión de los que más lo necesitan (el cumplimiento de la Ley de Cuidados Inversos) (Hart, 1971). Así, el escaso gasto público ambulatorio en España se compensa con un mayor porcentaje de gasto ambulatorio privado (57%), muy por encima de la media de los países europeos de la OCDE (32%) (Simó *et al.*, 2004). En la práctica, a lo largo de las últimas décadas, el presupuesto público sanitario dedicado a la atención primaria pública se ha mantenido en torno al 16%, con gobiernos estatales «de uno y otro signo» (Simó, 2007). De facto, el porcentaje ha disminuido con la reforma de la atención primaria, pues antes de 1984 era del 21%.

Mientras que se alaba la atención primaria pública como «puerta de entrada al sistema» y como «el eje del sistema sanitario», los hechos van contra los que no pertenecen a ese grupo de nueve millones de españoles que tienen libre elección de tipo de cobertura (funcionarios y empleados de empresas colaboradoras), apoyo directo para pólizas privadas (políticos, abogados, arquitectos y periodistas), apoyo indirecto con desgravación fiscal a través de las empresas o posibilidad de pagar directamente del bolsillo una póliza privada. Estos hechos van contra la equidad, la calidad y la igualdad, pues al «sacar» a estos usuarios de lo público se pierde la presión que pueden ejercer los pacientes de clase media y alta, con mayor poder educativo, económico y político (Gervas *et al.*, 2007). En un círculo vicioso, la falta de uso por estos grupos con un alto poder social, con la consiguiente merma de calidad, confirma las expectativas negativas de los mismos y su rechazo a lo público.

El resultado final es que en la realidad sanitaria española la base se contrae y el sistema se verticaliza (menos primaria y más especialistas fuera y dentro de los hospitales, en privado y en público), con la consiguiente exclusión social de los que sólo tienen acceso directo a la atención primaria pública.

Mientras que ya en 1995 nos igualamos en el gasto sanitario público hospitalario a la media de los países europeos de la OCDE, en gasto sanitario público ambulatorio seguimos bien lejos. España es más rica, pero la riqueza en el sector sanitario se ha empleado básicamente en los hospitales. Es más, las CC. AA. que más pueden, las más

ricas, tienen un gasto orientado todavía más a los hospitales, como si el prestigio atribuido por las clases media y alta a los especialistas se concretara (en lo público) en el apoyo al desarrollo de la atención hospitalaria (Simó, 2007).

12. Desigualdades en salud (¿y su reversión clínica?)

Las desigualdades en salud son cada vez más intolerables, y se ve como remedio al sistema sanitario y sobre todo a la atención primaria pública. Sin embargo, parece absurdo dejar en manos de los médicos la resolución de un problema social. Los problemas sociales requieren soluciones sociales, no médicas. Otra cosa es que parte de la solución exija de intervenciones sanitarias.

Las obligaciones de los poderes públicos respecto a la salud son: defensa de la salud (protección), incremento de la salud (promoción), evitación de enfermedades y de sus consecuencias (prevención) y organización de servicios clínicos (atención) (Gérvas, 2008b). Pero la salud de una población depende poco de los servicios clínicos; lo básico es la educación formal de las mujeres (en la escuela primaria y secundaria). Otras políticas clave, además de la educativa, se refieren a la higiene del agua y de los alimentos, a la vivienda, al trabajo digno, a la justicia y a la redistribución de la riqueza. La aplicación de estas políticas conlleva conflictos que sólo se pueden resolver con el desarrollo de una democracia participativa. De ahí la relación entre salud y democracia (Franco *et al.*, 2004; Gérvas, 2008a).

El sistema sanitario puede cooperar en múltiples formas en la reversión de las desigualdades en salud, aunque conviene que se atemperen las expectativas (Gérvas, 2004a). Las desigualdades en salud dependen de los determinantes de salud, que en mucho escapan al sistema sanitario. Pero hay cosas simples, como por ejemplo promover el indicador «clase social» (o profesión y nivel educativo, por ejemplo) en todos los sistemas de información (Grupo Trabajo SEE/SEMFYC, 2000). Frecuentemente se incluye edad y sexo, pero raramente clase social. Con ello se pierde la oportunidad de estudiar el acceso, proceso y resultado de la atención sanitaria según clase socioeconómica del paciente, se dificulta el hacer evidente el impacto en la salud de las desigualdades sociales, y se limita el análisis del éxito/fracaso de las distintas iniciativas para paliarlas.

En otro ejemplo, y puesto que la mortalidad por enfermedades infecciosas es triple en los pacientes de clase baja (Regidor *et al.*, 2002), conviene difundir este conocimiento para tener en cuenta la clase social en el seguimiento del paciente con enfermedad infecciosa (Gérvas, 2004a). Sucede lo mismo con el tabaquismo, plaga entre los miembros de la clase baja (y las mujeres): la intervención médica debería tenerlo en cuenta (Fernández *et al.*, 2001). Asimismo, en un ejemplo de consideración de variables «biológicas» tan evidentes como las tablas de cálculo del riesgo cardiovascular,

es lastimoso que se ignore que los factores adversos psicosociales asociados a la pertenencia a la clase baja responden del 35% del riesgo atribuible a la hipertensión en la incidencia del infarto de miocardio (en otra formulación, que pertenecer a la clase baja multiplica por 2,7 dicho riesgo) (Lang, 2005).

Frente a la exclusión social y sus consecuencias en salud, los profesionales sanitarios tienen mucho que hacer, aunque eso no descarga a los poderes públicos ni a la sociedad de sus responsabilidades. El acceso y el proceso correcto de atención mejoran el resultado sanitario y pueden ayudar a corregir las desigualdades en salud (Gérvás, 2004b).

Conviene, no obstante, que los clínicos eviten un excesivo énfasis en las responsabilidades individuales, tipo factores de riesgo, pues es hacer recaer sobre «la víctima» responsabilidades globales que debería asumir la sociedad y que deberían ser resueltas por los poderes públicos con políticas varias que no olviden la salud pública.

Conviene, también, rechazar los tópicos que conllevan rechazo y exclusión por parte de los profesionales sanitarios (a veces como tales y otras como miembros de la sociedad en que trabajan). Por ejemplo, los tópicos referentes a la excesiva e incorrecta utilización de los servicios sanitarios por los inmigrantes. Los hechos demuestran reiteradamente que, una vez ajustados por edad, sexo, necesidad y clase socioeconómica, los inmigrantes: 1) utilizan los servicios del médico general y las hospitalizaciones en forma similar a la población autóctona; 2) emplean menos los servicios de especialistas y los de índole preventiva, y 3) utilizan más las urgencias (Regidor *et al.*, 2008). Es decir, los inmigrantes se comportan como marginados y excluidos del sistema sanitario.

13. Conclusiones (y recomendaciones)

Desde la reforma de 1984 de la atención primaria en España se han producido mejoras en la prestación de servicios sobre todo por los cambios de la estructura (recursos materiales y humanos). Los centros de salud son dignos y los médicos tienen un periodo de especialización en Medicina General/de Familia.

En estas dos décadas de evolución de la atención primaria se ha mantenido el cupo (la lista de pacientes) y la función de filtro del médico general. Convendría que se perfeccionasen los mecanismos burocráticos que asignan y «ponderan» la carga de trabajo de los cupos de forma que se incluyeran todos los habitantes (no los «ciudadanos», en el sentido de habitantes con ciertos derechos reconocidos) y se fomentasen con incentivos según aceptación en el cupo de población marginal y de «insignificantes» (prostitutas, vagabundos, drogadictos y otros). Sería conveniente considerar los problemas de acceso y de continuidad de la atención de unos nuevos marginados, aquellos cuya trayectoria vital es discontinua y fragmentada, con vidas y trabajos inestables.

Habría que incluir en los sistemas de información datos tipo ocupación y nivel de educación que permitieran el estudio del impacto de la clase socioeconómica en el acceso, proceso y resultado de la atención sanitaria.

La densidad y distribución de médicos y de centros de salud y de consultorios es muy variable entre las CC. AA. Siendo la distancia al médico de cabecera una variable clave para la salud y para revertir en lo posible la exclusión social, convendría que se establecieran normas estatales mínimas sobre la distribución geográfica de los médicos y consultorios/centros de salud, para asegurar la equidad en todo el territorio.

La Ley General de Sanidad de 1986 establece que se construirá un Sistema Nacional de Salud único y universal. No se ha cumplido, y persisten y se amplían sistemas alternativos que en distintas formas provocan un «descremado» de la población que utiliza los servicios públicos, especialmente la atención primaria. Convendría hacer desaparecer estos sistemas e incentivos si se pretende mejorar la equidad, igualdad y calidad de/en los servicios sanitarios. La exclusión de las clases medias y altas mediante el privilegio de la provisión privada de asistencia médica con financiación pública es una grave desigualdad social que conlleva el deterioro de la atención primaria pública y de los servicios prestados a las clases bajas y a los marginados.

El presupuesto destinado a la atención primaria pública ha disminuido a lo largo de las dos últimas décadas, y viene a ser el 16% del total. Convendría que subiera lentamente hasta recuperar el porcentaje previo a la reforma (21%) y que se acercase a niveles europeos (en torno al 25%). Este incremento podría aprovecharse para introducir una reforma pro coordinación, una reforma que dé poder al médico de cabecera para conseguir con prontitud los servicios especializados que precisan sus pacientes.

Existe un enorme déficit de coordinación en la interfase entre la atención primaria y la especializada, que se hace visible con las listas de espera. Además de iniciar una reforma pro coordinación que facilite la superación de exclusión social en el acceso a la atención especializada (ambulatoria y hospitalaria), convendría organizar las listas de espera según necesidad, para asegurar la corrección de la desigualdad que introduce el acceso más fácil y rápido a los especialistas por las clases media y alta. Al tiempo habría que cortar la «vía de la pentosa» (acceso preferencial a los especialistas y servicios hospitalarios de familiares y amigos de profesionales sanitarios).

También es manifiestamente mejorable la coordinación sociosanitaria, y en este campo sería de desear una mejora que bien podían liderar los trabajadores sociales.

Se cumple inexorablemente la Ley de Cuidados Inversos (a más necesidad menos atención). Debería ser objetivo explícito su paliación, lo que incluye evitar las tendencias que llevan a mayor orientación al mercado de los servicios sanitarios (evitar su privatización).

La exclusión social encuentra cierto alivio en lo que respecta a su repercusión en salud en la atención primaria pública (que tiene un sesgo pro pobre). Si la atención

primaria se infradesarrolla frente a la especializada (si se opta por las políticas verticales de programas especializados) se está perjudicando a los excluidos de la sociedad que tendrán dificultades de acceso a esos programas verticales.

La actividad sanitaria preventiva y curativa provoca siempre daños, por lo que sólo está justificada cuando los beneficios son indudables y superiores. Conviene potenciar la prevención cuaternaria que busca evitar el uso innecesario de los médicos y paliar los efectos adversos del uso necesario.

La atención vicariante en urgencias, bien a los insignificantes y a otros marginados, bien a los que tienen problemas de acceso a su médico de cabecera, expone a graves riesgos a los utilizadores, por el difícil control de la incertidumbre en un ambiente de tensión y prisas. Habría que diseñar los planes e introducir los cambios necesarios para reconducir esa demanda de atención urgente a los médicos de cabecera, salvo emergencias vitales. En paralelo es importante el evitar las listas de espera para visitar al propio médico de cabecera, pues anulan los beneficios esperables del cupo y del filtro.

El sistema sanitario tiene oportunidades de paliar algunas de las consecuencias de la exclusión social. Pero ni los políticos ni la sociedad pueden cargar sobre los hombros de los médicos la repercusión en salud de la exclusión. Los problemas sociales exigen respuestas sociales, intersectoriales, con participación de los servicios de salud pública. La actividad de los clínicos puede ser importante en casos y situaciones concretas, pero hay que evitar un excesivo énfasis en los factores individuales, tipo «factor de riesgo», para no convertir a la víctima en culpable.

14. Bibliografía

- DEYO, R. A. (1998): «Dolor lumbar», *Investigación y Ciencia*, 1998, 10: 65-9.
- DOOSLAER, E.; MASSERIA, C., y KOOLMAN, X. (2006): «Inequalities in access to medical care by income in developed countries», *CMAJ*, 174: 177-83.
- FADSP (2007): Informe: «Evaluación de la Atención Primaria en las CCAA». Madrid: FADSP. En <http://www.fadsp.org/pdf/APCCAA07.doc>
- FERNÁNDEZ, E.; SCHIAFFINO, A.; GARCÍA, M., y BORRÁS, J. M. (2001): «Widening social inequalities in smoking cessation in Spain, 1987-1997», *Journal Epidemiology Community Health*, 55: 729-30.
- FRANCO, A.; ÁLVAREZ-DARDET, C.; RUIZ, M. T. (2004): «Effect of democracy on health: ecological study», *BMJ*, 329:1241-4.
- FRANKS, P.; CLANCY, C. M., y NUTTING, P. A. (1992): «Gatekeeping revisited. Protecting patients from overtreatment», *New England Journal Medicine*, 327: 424-9.
- FREIRE, J. M. (2005): «La cobertura poblacional del Sistema Sanitario de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento», en REPULLO, J. R., y OTEO, L. A. (coords.): *Un nuevo contrato social para un nuevo Sistema Nacional de Salud sostenible*. Barcelona: Ariel: 61-99.

- GÉRVAS, J. (2004a): «Oportunidades clínicas para compensar el impacto de las diferencias sociales en salud», *Salud 2000*, 98:9-12.
- (2004b): «Atención Primaria de Salud en Europa: tendencias a principios del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma Ata», *SEMERGEN*, 30:245-57.
- (2005): «Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre», *Atención Primaria*, 35:95-8.
- (2006): «Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España», *Gaceta Sanitaria*, 20 (Supl 1):127-34.
- (2008a): «Atención primaria, de la teoría a la práctica», *Cadernos Saúde Pública* (Río de Janeiro), 24(Supl 1):24-6.
- (2008b): «Salud y política: una relación sin inocencia», *Atención Primaria*, 40:277-84.
- (2009): «Atención Primaria 1884-2007. La práctica clínica (acceso y proceso)», en NAVARRO, V., y MARTÍN ZURRO, A. (coords.): *La atención primaria de salud en España y sus Comunidades Autónomas*. Barcelona: Semfyc: 91-104.
- GÉRVAS, J.; GARCÍA OLMOS, L. M.; SIMÓ, J.; PEIRÓ, S., y Seminario Innovación 2007 (2008): «Paradojas en la derivación de primaria a especializada», *Atención Primaria*, 40:251-5.
- GÉRVAS J., y PÉREZ FERNÁNDEZ, M. (2003): «Genética y prevención cuaternaria. El ejemplo de la hemocromatosis», *Atención Primaria*, 32:158-62.
- (2005): «El fundamento científico de la función de filtro del médico general», *Revista Brasileña Epidemiología*, 8:205-18.
- (2006a): «Atención primaria fuerte. Fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo», *Revista Brasileña Epidemiología*, 9:384-400.
- (2006b): «Western European best practice in primary care», *European Journal General Practice*, 12:10-3.
- (2008): «La necesaria atención primaria en España», *Gestión Clínica Sanitaria*, 10:8-12.
- GÉRVAS, J.; PÉREZ FERNÁNDEZ, M., y STARFIELD, B. (1994): «Primary care, financing and gatekeeping in Western Europe», *Family Practice*, 11:307-12.
- GÉRVAS, J., y RICO, A. (2005): «La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria», *SEMERGEN*, 31:418-423
- Seminario de Innovación 2005 (2006) «Innovación en la Unión Europea (EU-15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada», *Medicina Clínica* (Barcelona), 126:658-61.
- GÉRVAS, J.; STARFIELD, B.; MINUÉ, B., y VIOLÁN, C. (2007): «Seminario Innovación Atención Primaria 2007. Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/de familia. Contra el descrédito del héroe», *Atención Primaria*, 39:615-8.
- GRUPO DE TRABAJO DE LA SEE Y DE LA SEMFYC (2000): «Una propuesta de medida de clase social», *Atención Primaria*, 25:350-63.
- HART, J. T., (1971): «The inverse care law», *Lancet*, I:404-12.
- KEENE, J.; SWIFT, L.; BAILEY, S., y JANACEK, G. (2001): «Shared patients: multiple health and social care contact», *Health Social Care Community*, 9:205-14.
- KHOSHNOOD, B.; VIGAN, C.; VODOVAR, V., et al. (2006): «Advances in medical technology and creation of disparities: the case of Down syndrome», *American Journal Public Health*, 96:2139-44.

- LANG, T. (2005): «Ignoring social factors in clinical decision rules: a contribution to health inequalities?», *European Journal Public Health*;15:441.
- MACINKO, J.; STARFIELD, B., y SHI, L. (2003): «The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries 1970-1998», *Health Services Research*, 38:831-5.
- MARTÍN, M.; SÁNCHEZ, M., y PALOMO, L. (2008): «El desarrollo de la atención primaria en relación con la orientación política de los gobiernos autonómicos», *Atención Primaria*, 40:277-84.
- MOLD, J. W., y STENEIN, H. F. (1986): «The cascade effect in the clinical care of patients», *New England Journal Medicine*, 314:512-4.
- MONNET, E.; RAMÉE, C., y MORELLO, A., *et al.* (2008): «Socioeconomic context, distance to primary care and detection of hepatitis C», *Social Science Medicine*, 66:1046-56.
- NAVARRO, V. (2007): «La sanidad española», en NAVARRO, V. (coord.): *La situación social en España II*. Madrid: F. Largo Caballero-E. Biblioteca Nueva: 293-316.
- ORTÚN, V., y GÉRVAS, J. (1996): «Fundamento y eficiencia de la atención médica primaria», *Medicina Clínica* (Barcelona), 106:97-102.
- PÉREZ FERNÁNDEZ, M., y GÉRVAS, J. (2002): «El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas», *Medicina Clínica* (Barcelona), 118:65-7.
- REGIDOR, E.; DÍAZ, J. M.; LOSTAO, L.; PASCUAL, C.; SÁNCHEZ, E., y SANZ, B. (2008): *Diferencias en la utilización de servicios sanitarios entre la población inmigrante y la población española*. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud.
- REGIDOR, E.; MARTÍNEZ, D., y ASTASIO, P., *et al.* (2006): «Asociación de los ingresos económicos con la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España», *Gaceta Sanitaria*, 20:352-9.
- REGIDOR, E.; MATEO, S.; CALLE, M. E., y DOMÍNGUEZ, V. (2002): «Educational level and mortality from infectious diseases», *Journal Epidemiology Community Health*, 56:682-3.
- RICO A.; FREIRE, J. M., y GÉRVAS, J. (2007): «El sistema sanitario español (1976-2006): factores de éxito en perspectiva internacional comparada», en ESPINA, A. (coord.): *Estado de bienestar y competitividad. La experiencia europea*. Madrid: Fundación Carolina-Siglo XXI: 401-44.
- RODRÍGUEZ, M., y STOYANOVA, A. (2004): «The effect of private insurance on the choice of GP/specialists and public/private provider in Spain», *Health Economic*, 13:689-703.
- ROSENBERG, C. E. (2002): «The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience», *Milbank Quarterly*, 80:237-60
- SIMÓ, J. (2007): «El gasto sanitario en España, 1995-2002. La Atención Primaria, Cenicenta del Sistema Nacional de Salud» en *Atención Primaria*, 39:127-32.
- SIMÓ, J.; GÉRVAS, J.; SEGUÍ, M.; DE PABLO, R., y DOMÍNGUEZ, J. (2004): «El gasto sanitario en España en comparación con la Europa desarrollada, 1985-2001. La Atención Primaria española Cenicenta europea», *Atención Primaria*, 34:472-81.
- STARFIELD, B. (2000): «Is US health really the best in the world?», *JAMA*, 284:483-5.