

Atención Primaria en crisis: entre los intereses económicos y la desafección ciudadana

Primary Care in crisis: between economic interests and citizen disaffection

Rosa M.ª Añel Rodríguez^a, Emilio Rodríguez Bilbao^{a,b}

^a Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, España

^b Asociación Española de Comunicación Sanitaria (AECS), España

Resumen

El artículo analiza la crisis actual de la Atención Primaria (AP) en el sistema sanitario, resaltando su progresiva desvalorización frente a la hipertrofia hospitalaria y a otros modelos asistenciales. La AP, fundamental y única por su enfoque integral, personalizado y continuo, enfrenta múltiples amenazas: intereses económicos (industria farmacéutica, tecnológica y aseguradoras), desconocimiento ciudadano y una narrativa mediática que favorece la atención hospitalaria y mutualizada. Pese a ser esencial para la salud pública y la eficiencia del sistema, la AP carece de prestigio, financiación adecuada y estrategias de comunicación efectivas que resalten su relevancia. Mientras la ciudadanía prioriza modelos de atención más rápidos, pero menos integrales, los agentes políticos y económicos parecen ignorar las evidencias que respaldan el fortalecimiento de la AP. El artículo concluye con un llamado a revalorizar la AP como una "marca" imprescindible, mediante campañas efectivas que eduquen y sensibilicen a la población sobre su importancia vital para la salud de la población y para la eficiencia del propio sistema

Palabras clave: Atención Primaria; Salud Pública; Reconocimiento Social; Desinformación; Industria Farmacéutica; Tecnología Sanitaria; Aseguradoras; Agentes de la Economía en Salud.

Abstract

This article explores the current crisis in Primary Care (PC) within the healthcare system, emphasizing its progressive devaluation in the face of hospital hypertrophy and other care models. PC, crucial for its comprehensive, personalized, and continuous approach, faces multiple threats: economic interests (pharmaceutical, technology, and insurance industries), public ignorance, and media narratives favouring hospital-based and mutualized care. Despite being essential for public health and system efficiency, PC lacks prestige, adequate funding, and effective communication strategies to highlight its importance. While citizens prioritize faster but less holistic models, political and economic stakeholders seem to disregard evidence supporting stronger PC. The article calls for a renewed focus on promoting PC as an indispensable «brand» through effective campaigns that educate and raise awareness among the population about its vital importance for the health of the population and for the efficiency of the system itself.

Keywords: Primary Care; Public Health; Social Recognition; Misinformation; Pharmaceutical Industry; Health Technology; Insurance Companies; Health Economy Stakeholders.

Introducción

“El futuro no es como lo imaginábamos, sino como nos lo temíamos”
(Atribuido a Manuel Vázquez Montalbán)

Los peores temores se han confirmado: la Atención Primaria (en adelante AP) está en proceso de demolición. Sometida a las presiones e intereses de diversos y poderosos lobbies (los únicos que se beneficiará de su extinción), la AP agoniza entre buenas palabras y promesas incumplidas (Infosalus, 2022). Un proceso de perfil bajo, pero gradual, programado e inexorable

Su situación actual es mucho peor de lo que, a simple vista, puede parecer. Incluso las medidas que se están adoptando, teóricamente para mejorarl, operan negativamente. Unas veces por poco o nada eficaces (Minué, 2023), otras porque contribuyen a acrecentar el problema (Palacio, 2023) y, la mayoría, porque no son más que puro marketing (Ministerio de Sanidad, 2024).

La ciudadanía, entre la que se encuentran los pacientes actuales y futuros, no parece conocer el valor real de la AP y, probablemente, no sabe cuánto la necesita (AMYTS, 2024). Existen algunas excepciones. Nos referimos a quienes tienen mayor experiencia de uso, los pacientes con enfermedades crónicas (POP, 2024; Infosalus, 2024). Estos sí son conscientes del valor que aporta la práctica médica generalista: valoración integral, atención cercana, personalizada y continuada a lo largo del tiempo. Es el valor de la longitudinalidad, una característica propia y quizá el mejor atributo de la AP, que ha demostrado no solo reducir las visitas a urgencias y las hospitalizaciones, sino también la mortalidad (Sandvik, Hetlevik, Blinkenberg & Hunskaar, 2021) (Figura 1).



Figura 1. Impacto de la longitudinalidad (relación estable, mantenida en el tiempo, entre el paciente y su médica de familia). Elaboración propia.

Los propios profesionales sanitarios, especialmente los que ejercen en el ámbito hospitalario, tampoco son conscientes de las enormes ventajas de la AP para la salud de la población y para la eficiencia del sistema en su conjunto, como base amplia y sólida del Sistema Nacional de Salud (Starfield, Shi & Macinko, 2005; WHO, 2018).

Si nos referimos al conjunto de la ciudadanía, podemos afirmar que no existe una conciencia colectiva del valor que aporta la AP, ni de lo que se perderá si se pierde. Los políticos sí lo saben (Irekia, 2024; Sanidad, 2024), aunque luego no actúen en consecuencia (Hernández, 2024). Saben —saberlo es parte de su trabajo— que ninguna otra forma de organización del sistema sanitario obtiene mejores resultados que la basada en una AP fuerte, adecuadamente dotada y financiada (Starfield, 2001; Kringos, Boerma, Hutchinson, van der Zee & Groenewegen, 2010). Si no se trata de desconocimiento, ¿a qué se debe entonces la infrafinanciación crónica del primer nivel asistencial?, ¿primarán otros intereses a nivel político y de gestión?

No podemos pensar que las asociaciones profesionales tengan oscuros intereses, en contra de su propia razón de ser. Su respuesta insuficiente a la actual crisis de la AP quizás tenga otras razones. Sea como sea, existe una falta de implicación para convertir AP en una marca prestigiosa y deseada, único camino para su supervivencia. Quizás haya una cierta sensación de impotencia ante una sociedad “descreída” de la Medicina de Familia (en adelante MF), que demanda soluciones a partir de “otras marcas”: tecnologías, pruebas complejas, analíticas amplias, especialistas al alcance de la mano, citas “indemorables”. Y todo ello publicitado a través de unos medios dominadores que no admiten competencia: publicidad, televisión, redes sociales, grandes consorcios de la industria sanitaria. En lenguaje de mercado, podríamos decir que los gustos han cambiado y que al público se llega por otros medios. Y este es el camino que hay que recorrer.

Los medios de comunicación no reflejan el verdadero valor de la AP. El relato dominante es de descontento, insatisfacción y dificultades: protestas de batas blancas por el salario, el horario, la precariedad, la falta de incentivos. Todo con razón, todo cierto, pero que termina siendo una visión reduccionista y egoísta de un problema que afecta a toda la sociedad. Los que aparecen como perjudicados no son ni los pacientes ni los gestores, sino los propios profesionales. El resultado es un relato de conflicto, de una AP como problema, cuando debiera ser —y en ello tendríamos que estar todos los implicados— un relato de la AP como solución.

A este relato se añade una imagen no menos letal. La de la AP como “un reparador de problemas de salud de menor cuantía”, “un distribuidor de flujos”, “un derivador de patologías relevantes” a los especialistas hospitalarios, cuyas “soluciones avanzadas” —que se sustentan en el intervencionismo tecnológico (Muskens, Kool, van Dulmen & Westert, 2022) y farmacoterapéutico (La Moncloa, 2022)— son cada vez más valoradas y deseadas por la población. Las expectativas creadas por los avances científicos, por los titulares de los medios de comunicación (en lo relativo a la salud siempre impactantes, incluso sensacionalistas) y por los anuncios de la industria tecnofarmacológica, terminarán por hacernos creer que hay un remedio para todo y que, con más máquinas y más medicación, todo se podrá curar. La sociedad, en su conjunto, vive deslumbrada por las novedades diagnósticas (Yusta, 2022) y terapéuticas (Farmaindustria, 2023) y está dejando de valorar lo primordial, lo cercano, lo humano.

Sorprende ver cómo lo que debería ser una marca de prestigio es hoy una marca en crisis, en parte por una creciente desafección de los usuarios hacia un producto de calidad injustamente infravalorado, que les conduce a preferir esas otras soluciones; y en parte porque existen otros intereses, y porque el óptimo desempeño de la AP actúa en contra la lógica del mercado (Añel-Rodríguez & Astier-Peña, 2022). Demasiadas amenazas para una AP tan necesitada de prestigio como de financiación.

El hospitalocentrismo

La AP no tiene que competir con la atención superespecializada del ámbito hospitalario, porque la razón de ser de la MFyC es la atención integral a las personas y sus problemas de salud, a lo largo de la vida (Reeve, 2024). Esta práctica, conocida como medicina generalista, es cada vez más necesaria para hacer frente a las necesidades, progresivamente más complejas, de los pacientes. Además, la medicina generalista es la mejor versión de la asistencia sanitaria para frenar los denominados “excesos médicos” y el intervencionismo innecesario (Añel-Rodríguez, Astier-Peña & Coll-Benejam, 2023).

La atención hospitalaria (en adelante AH) es muy importante, pero ha de reservarse para aquello que no puede ser resuelto en el primer nivel asistencial. Sin embargo, a menudo comprobamos que el paradigma de atención de calidad se expresa, a través de los deseos de los usuarios de la sanidad pública, como “que me vea pronto el especialista (hospitalario)” o “en el servicio de urgencias (del hospital) me hacen todo en el día”.

La atención especializada hospitalaria (también llamada atención focal), muy importante en enfermedades muy específicas o infrecuentes que precisan pruebas diagnósticas y tratamientos no disponibles en el primer nivel asistencial, difiere mucho de la atención cercana, integral y mantenida a lo largo de toda la vida del paciente, características de la Medicina Familiar y Comunitaria (en adelante MFyC), cuyo desempeño es más difícil de ejercer y, sin embargo, tiene menor reconocimiento y prestigio (Simó, 2024). Tanto es así que, en los últimos años, en el proceso de elección de especialidades médicas, están quedando desiertas plazas de MFyC, y más recientemente, se están empezando a cubrir con médicos extracomunitarios, sin la formación especializada que garantiza el mejor desempeño de la MFyC (Simó, 2023).

El modelo mutualista

Las preferencias de la ciudadanía se inclinan progresivamente hacia esa atención sanitaria de “especialistas y tecnología”, que alimenta el hospitalocentrismo y el “modelo mutualista”. En nuestra opinión, la asistencia mutualista es mucho más que un modelo de financiación y de concierto público-privado. Es un modelo de consumismo sanitario. El paciente decide, según su propio criterio, cuándo y a qué especialidad consultar, accede a pruebas y tratamientos con mayor facilidad y con listas de espera aparentemente menores que en el sistema público, y recibe atención en el entorno más confortable de un centro privado. Esta “asistencia mutualizada” es la que desea la ciudadanía y la que promocionan las aseguradoras (Marchante, 2024). La ciudadanía está expuesta a un exceso de información en los medios, procedente de los agentes interesados en promover un modelo de atención que se ajuste mejor a las reglas del mercado. Esto ocurre en el contexto de una opinión pública insuficientemente formada, con la voz cualificada de las asociaciones profesionales y científicas puesta en sordina, sin competencia posible con la algarabía consumista (Añel, 2022).

El panorama de los seguros médicos es cada vez más inquietante y, en cierto modo, contradictorio. Por un lado, la continuidad del mutualismo de los funcionarios, Muface, Ifsas y Mugeju, está en riesgo debido al desacuerdo económico entre administración y aseguradoras. Parece que, en esta parte del negocio, la rentabilidad de estos contratos se está evaporando. Sin embargo, las aseguradoras muestran una conducta cada vez más agresiva de captación de clientes entre la población general. Las mismas aseguradoras que afirman perder dinero con la atención sanitaria, ofrecen pólizas increíblemente atractivas, con acceso directo a los especialistas por tan solo 9,90 euros al mes (Divina seguros, 2024; Albalat, 2022; WTW, 2024; Gómez, 2024). Figura 2.

Desde la pandemia, las aseguradoras han crecido a un ritmo anual de 500.000 nuevos clientes. En la última década han llegado a los 12,4 millones de usuarios, un 25% de la población. La desafección y la desconfianza que sintió la ciudadanía durante la pandemia aceleró la ya iniciada privatización de la atención sanitaria. Tan solo en el periodo de enero a septiembre de 2024 el volumen de las primas de salud creció más de un 7% respecto al mismo periodo del año anterior. Según datos de Unespa, la asociación que agrupa a las principales aseguradoras, los ingresos del sector han pasado de 7.127 millones de euros en 2013 a 11.098 millones en 2023, lo que supone un incremento del 55% (iSanidad, 2024).



Figura 2. Ejemplos de publicidad de seguros médicos.

Elaboración propia a partir de anuncios de prensa y medios de comunicación online.

Cui prodest?. ¿A quién interesa la hipertrofia hospitalaria

Para encontrar los motivos de la preocupante situación actual de la AP (Brunat, 2020), deberíamos plantearnos algunas preguntas:

- ¿En contra de qué intereses opera el mejor desempeño de la AP?
- ¿Qué intereses se benefician de la debilidad de la AP?
- ¿A quién o quiénes interesa potenciar la AH?

En el proceso de sustitución progresiva de un modelo de salud eficiente, sostenible, equitativo, económicamente equilibrado, cercano, humano por otro más caro, menos eficiente, menos sostenible, de costes crecientes y difíciles de controlar, más frío, alineado con la ley de cuidados inversos, menos accesible, existen diferentes interesados con distintos grados de implicación. Basándonos en el modelo clásico de gestión estratégica de Freeman (1984), analizamos los intereses de los principales agentes implicados. No pretendemos nombrarlos a todos, ni ser exhaustivos en la enumeración de los motivos de cada uno de ellos, pero creemos que puede ser una representación útil para el análisis de esta situación de sustitución progresiva de una atención sanitaria basada en una AP potente, por otra basada en preferencias y criterios subjetivos del cliente, en una AH con un alto nivel de intervencionismo diagnóstico y terapéutico, y una aparente mayor rapidez de la atención. Asumimos la variedad de motivaciones de los distintos actores: la de una empresa constructora del IBEX es diferente a la de una médica adjunta de oftalmología con contrato interino, aunque en los dos casos se alegren de la construcción de un nuevo hospital. Y así para el resto de agentes involucrados.

En la figura 3 mostramos el amplio abanico de interesados que, por diferentes razones, pueden desear que la AP adelgace y que la AH crezca. Tomando como ejemplo la construcción de un nuevo hospital, vamos a aplicar el modelo de Freeman para representar las diferentes partes concernidas y sus diversos intereses. Dividimos en dos grandes categorías a las partes interesadas: 1) las que tienen intereses de diversa índole, y 2) aquellas cuyos intereses son puramente económicos.



Figura 3. Agentes interesados en la apertura de un nuevo hospital.

Elaboración propia, a partir del modelo de gestión estratégica de Freeman (1984)

1. Agentes con intereses variados

Este grupo tiene diferentes motivaciones. En algunos casos nacen del desconocimiento, en el caso de la ciudadanía, y en otros, de intereses propios, que inicialmente pueden no ser económicos, aunque terminan siéndolo más pronto, políticos y gestores, o más tarde, profesionales sanitarios y medios de comunicación.

- Políticos: cortoplacistas y electoralistas. La AP es una carrera de fondo, los resultados se obtienen a medio-largo plazo, con el inconveniente de que nunca ha sido suficientemente valorada, no en su justa medida, y que no despierta interés electoral.
- Gestores: siguen las directrices de los políticos. La AP no es un terreno proclive a los currícula directivos brillantes. Los puestos de gestión de la AP no son atractivos, son escasos y con poco poder.
- Profesionales: el prestigio y el desarrollo profesional son mucho mayores en el ámbito hospitalario que en AP. El desempeño laboral en la AH se asocia a mayor consideración y mejores emolumentos.
- Medios de comunicación: el hospital es una fuente segura para los medios de comunicación, con contenidos que saben que van a interesar a sus lectores. Los medios saben que los hospitales les darán, para bien o para mal, días de gloria informativa: denuncias, errores, descubrimientos, aparatos, intervenciones pioneras, etc. Una larga lista de contenidos contra los que un humilde centro de salud no puede competir.
- Ciudadanía: el interés por la AH nace del desinterés por la AP, debido al desconocimiento de su verdadero valor. Un hospital a la puerta de casa es una de las aspiraciones de la ciudadanía, deslumbrada por la posibilidad de una atención sanitaria en la que “te vean enseguida y te hagan de todo”.

2. Agentes con intereses económicos

Se atribuye a Josep Pla que, durante un viaje a Nueva York en 1954, al ver una noche las calles, el tráfico y los rascacielos iluminados, preguntó: “Escolti, i tot això, qui ho paga?” (Escuche, y todo esto, ¿quién lo paga?)

En el caso de un hospital público está claro, lo paga todo el contribuyente. El otro modelo existente de concesión puede parecer ventajoso, dado que es la iniciativa privada quien costea la infraestructura y su funcionamiento, pero el final es el mismo: el contribuyente paga, dado que se trata de un negocio con ánimo de lucro, aunque se nos presente como más eficiente. En resumen, podemos contestar sin equivocarnos a la pregunta del señor Pla: todo lo pagamos nosotros (García-Lacalle, Martín & Royo, 2009; Iglesias, 2024; Studymaster, 2024).

2.1. Intereses de la industria de la construcción y sectores asociados

La construcción de un hospital tiene un gran impacto económico. Significa un gran número de puestos de trabajo, dentro y fuera de él, con enormes inversiones iniciales y a lo largo del tiempo. La edificación, puesta en marcha y funcionamiento de un hospital genera empleo y, tanto durante las obras como después, estimula la economía general y local.

Imaginemos que una administración sanitaria, de cualquier lugar y signo político, saca a concurso dos propuestas: un centro de salud cuya obra se prevé realizar en un excelente, luminoso, bien situado y amplio local a pie de calle, y un hospital comarcal de 4 alturas y 200 camas. ¿Qué propuesta interesa más? Posiblemente todas las empresas ligadas a la construcción estén más interesadas en una política de creación de hospitales que de rehabilitación de lonjas. Las grandes obras hospitalarias significan proyectos complejos que involucran un elevado número de profesionales y técnicos de muy alta cualificación, desde el inicio del proyecto y durante su ejecución: desde las consultorías de análisis del terreno y estudio urbano, hasta los contratistas, arquitectos, equipos de diseño, dirección y gestión de obra, instaladores, etc. Sólo las empresas más potentes tienen la capacidad técnica y económica para arrostrar estos proyectos. Y, a la vez, estas empresas tienen poder e influencia ante la administración. Una vez aprobado el proyecto, aparecen nuevos interesados: proveedores de materiales de construcción, fabricantes de camas de hospital, muebles de oficina, productos textiles, electricidad, aire acondicionado, equipamiento para baños, etc. Podemos pensar legítimamente que todas estas empresas presionarán lo que puedan para modernizar nuestro sistema sanitario, y ¿qué mejor que un hospital?

2.2. Intereses de la industria tecnológica

Sólo en 2023, las 6 mayores compañías de equipamiento médico (Medtronic/Ireland, Johnson & Johnson/USA, Abbott/USA, Siemens Healthineers/Germany, Fresenius Medical Care/Germany, Stryker/USA) vendieron maquinaria y equipos a los sistemas sanitarios de todo el mundo por valor de 150.000 millones de euros (Burke, 2024), lo que supone el 38% del presupuesto del estado español para ese año y casi el 88% del gasto sanitario, según los presupuestos generales del estado para 2023 (Boletín Oficial del Estado, 2022).

Además, un hospital tiene grandes necesidades de sistemas de información tanto de hardware como de software. Los fabricantes y proveedores de equipos y sistemas informáticos están dispuestos a satisfacer esas necesidades y su carísimo mantenimiento posterior. Según la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS), la inversión total en Tecnología de Información y Comunicación (TIC) del año 2023 del Sistema Nacional de Salud creció un 30,87% llegando hasta los 1.336 millones de euros (Computerworld, 2024).

2.3. Intereses de la industria farmacéutica

Si podíamos intuir la existencia de un lobby, aunque fuese informal, de las constructoras interesadas en promover proyectos sanitarios con un punto faraónico, que pensaremos de una industria cuyas ventas son regulares (regularmente crecientes) y sus clientes cautivos.

Según Farmaíndustria (2024), en el periodo 2015-2023, los 133 laboratorios asociados que existen en España aumentaron sus ventas un 50%, lo que supone una ganancia de 9.000 millones de euros.

El gasto público en medicamentos y productos sanitarios, tanto de uso hospitalario como de dispensación hospitalaria ambulatoria y en receta médica, ascendió en 2023 a un total de 27.730 millones de euros, lo que supone un incremento respecto del dato registrado en 2022 de un 5,1%, de acuerdo con los datos del Ministerio de Sanidad sobre gasto sanitario y farmacéutico. El gasto en medicamentos de uso hospitalario y de dispensación hospitalaria ambulatoria fue de 9.501,46 millones de euros en 2023, lo que supuso un sustancioso aumento sobre 2022 del 8,1%. El gasto en medicamentos y productos sanitarios de receta fue de 12.746,12 millones de euros, un 3,5%, más que el año anterior (Arganda, 2024).

La industria farmacéutica se relaciona —con diferentes intensidades, pero casi siempre de una manera directa y personal— con todos los estamentos del sistema sanitario y de su entorno: proveedores, gestores, concursos, prescriptores, pacientes y asociaciones de pacientes, sociedades científicas, profesionales de la comunicación y sus asociaciones, medios, etc. Realiza grandes inversiones en publicidad mediante patrocinios de variopintas temáticas sanitarias o quasi-sanitarias: organización de congresos, financiación y promoción de cursos, jornadas de formación, proyectos de investigación, ... Lo cierto es que ya nadie parece estar libre de conflictos de intereses (Gérvás & Pérez_Fernández, 2024). Incluso los medios, como creadores de opinión, son grandes partidarios de la industria farmacéutica. No en vano la industria invirtió 113 millones de euros en publicidad en 2022 (Diariofarma, 2023).

2.4. Intereses de las entidades aseguradoras y la práctica médica privada

La instauración progresiva de este modelo asistencial, que hemos denominado “hospitalocéntrico y mutualizado”, beneficia directamente al modelo de acceso directo a los especialistas focales, en el ámbito público y en el privado, con una amplia oferta tecnológica, ofrecido por las compañías aseguradoras. Esta asistencia a la carta es la que demanda la ciudadanía que no está adecuadamente informada (Añel, 2022).

La progresiva instauración del modelo asistencial “hospitalocéntrico y mutualizado”, que promueve el acceso directo a los especialistas focales y cuenta con una amplia oferta tecnológica, favorece directamente a la práctica médica privada y a las entidades aseguradoras, que encuentran beneficios económicos en la promoción de nuevos hospitales frente a la edificación o mejoras de los centros de salud (tabla 1).

En 2023, el gasto público en medicamentos y productos sanitarios —hospitalarios, ambulatorios y por receta— alcanzó los 27.730 millones de euros

Tabla 1. Intereses económicos de las aseguradoras y de las entidades sanitarias privadas, respecto a la apertura de nuevos hospitales.

INTERESES ECONÓMICOS	DESCRIPCIÓN
Mayor rentabilidad por procedimientos complejos	Los hospitales concentran tratamientos tecnológicos y procedimientos quirúrgicos complejos que generan mayores ingresos que los servicios de Atención Primaria
Atracción de clientes mediante servicios especializados	La promoción del acceso directo y rápido a especialistas y tecnologías hospitalarias aumenta la competitividad de las aseguradoras y clínicas privadas
Interés por modelos sanitarios de alta intensidad de consumo	El modelo hospitalocéntrico fomenta el consumo de servicios médicos, pruebas diagnósticas y tratamientos farmacológicos, más beneficiosas para aseguradoras y proveedores privados
Apoyo a la infraestructura costosa como inversión estratégica	La construcción de hospitales crea una demanda sostenida de servicios complementarios, como mantenimiento, personal especializado y suministros
Refuerzo del modelo mutualista privado	La promoción de hospitales privados impulsa la transición hacia el aseguramiento privado, consolidando la dependencia de los usuarios respecto a las aseguradoras

Fuente: Elaboración propia.

2.5. Dinamización de la economía local

El desarrollo de la actividad asistencial de un hospital genera flujos de renta muy importantes. Su impacto económico local es enorme. Personal sanitario y no sanitario del hospital, más los puestos de trabajo de las empresas externas, y todos los puestos de responsabilidad que se crean para cubrir la necesidad de gestionar los recursos con eficiencia y coordinación. Toda esta gente trabajando con el añadido diario de pacientes, visitantes y familiares, funcionan como motor de la economía local, con un efecto multiplicador de los ingresos para el sector servicios (Tabla 2).

Tabla 2. Datos del impacto económico de la actividad asistencial hospitalaria en una ciudad, en el territorio español, analizados desde diferentes perspectivas.

CATEGORÍA	REPERCUSIÓN ECONÓMICA ESTIMADA
Impacto directo	Generación de empleo (personal sanitario, administrativo y de apoyo): 1.500 – 2.500 contratos directos por el hospital Pago de salarios al personal del hospital: 35-50 millones de euros anuales Gastos operativos: tratamientos, medicamentos, equipos médicos y mantenimiento: 50-80 millones de euros anuales
Impacto indirecto	Incremento de la actividad comercial en áreas cercanas al hospital: +20% ingresos en negocios locales Beneficios a los proveedores locales (contratos con empresas de suministros médicos, alimentos y servicios): 15-25 millones de euros anuales
Impacto inducido	Creación de empleos e ingresos adicionales en otros sectores: 2.000 – 4.000 empleos indirectos Gasto del personal hospitalario en bienes y servicios locales: 5-10 millones de euros anuales
Atracción de inversores	Repercusión de la infraestructura sanitaria en la mejora de calidad de vida, atrayendo inversiones y residentes: +10% en atracción de nuevas empresas Atracción de pacientes de otras regiones o países, por motivos de turismo médico: 1-3 millones de euros anuales
Beneficios fiscal	Recaudación de impuestos sobre salarios, consumo y servicios: 8-12 millones de euros anuales Atención médica que disminuye costos asociados a enfermedades crónicas: ahorros del 10-20% en gastos sociales

Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida del Chat GPT utilizando el prompt “datos del impacto económico local estimado para la actividad asistencial de un hospital de más de 300 camas, en España”.

¿Se puede “salvar” la Atención Primaria?

Los estudios más recientes confirman que los sistemas sanitarios basados en una AP potente obtienen mejores resultados: calidad de la asistencia, nivel de salud de la población y eficiencia (Sandvik et al., 2021). La AP es un gran producto (el de mayor calidad del mercado, el que mejor cubre las necesidades y las expectativas del consumidor, un producto de alta usabilidad, con un ciclo de vida paralelo al nuestro y con una óptima relación calidad/precio), pero una marca en crisis. Nunca ha existido tanta evidencia a su favor y, sin embargo, nunca se ha atentado tanto contra ella.

Es difícil de entender por qué la ciudadanía vuelve la espalda a un producto de alta calidad, con potencial para dar la mejor solución a sus problemas de salud. Quizás el fenómeno de mercantilización de la salud sea el origen del problema. En el mercado de la salud ocurre lo mismo que en el mercado global: han cambiado los hábitos de consumo de la sociedad, la información llega por múltiples e incontrolados canales y se prioriza la rapidez frente a la calidad. Es preciso apostar con fuerza, promover la AP como una marca de prestigio, valiosa, vital. Para llegar a la ciudadanía es necesario diseñar un plan de comunicación con todos los recursos necesarios (Rodríguez & Añel, 2019). Buscar el impacto en cada segmento de población con mensajes adecuados y adaptados a sus intereses y preocupaciones, y vehiculizados a través del medio de mayor penetración en cada caso. Quizá los pensionistas y la generación Z no frecuenten las mismas fuentes de información y sus intereses y preocupaciones sean diferentes. Habrá que tenerlo en cuenta.

¿Quién debe promover y liderar estas campañas? ¿La administración central, el ministerio, las comunidades autónomas, los colegios y asociaciones profesionales, las organizaciones sanitarias, los sindicatos, las asociaciones de pacientes, los propios profesionales?

Todos ellos tienen, aunque en diferente grado, obligación de hacerlo. Pero la realidad es tozuda y no nos muestra esta participación a lo largo del tiempo.

Las asociaciones profesionales sí son conscientes, y así lo declaran, del valor del producto AP, de su condición de marca de valor (semFYC, 2023). Pero parecen desorientadas a la hora de escoger la mejor manera de promocionarla. Sus mayores esfuerzos de comunicación se orientan a la comunicación interna, dirigida a los profesionales sanitarios y centrada en la divulgación de su actividad propia (participación en eventos, elaboración de jornadas y congresos, cursos de formación, etc.). La satisfacción por los logros internos (presencia en eventos políticos, visibilidad en los medios, éxito de convocatoria de sus congresos, etc.) enmascara la carencia de una comunicación externa efectiva, que contrarreste la invisibilidad, en unos casos, y la imagen negativa o endeble, en otros, con la que AP aparece en los medios.

Lo mismo sucede con los gabinetes de comunicación de las organizaciones sanitarias, que se dirigen más hacia adentro (comunicación interna) que hacia el conjunto de la sociedad (comunicación externa). Parecería que compiten unas con otras a ver quién es mejor, más innovador, o quien hace más (siempre en términos de actividad, no de resultados).

El ministerio de sanidad tampoco está muy atinado. Aunque recientemente ha realizado una campaña dirigida a promover y poner en valor la AP, su producto principal, un clip de vídeo titulado “Atención Primaria, el centro de tu salud” (<https://www.youtube.com/watch?v=Wb2GhJexhM8>) es confuso y poco realista. Su contenido no refleja los verdaderos valores de la AP y, en nuestra opinión, la campaña ha pasado desapercibida, lo que refleja una estrategia de comunicación insuficiente (Ministerio de Sanidad, 2024). Son posibles, sin embargo, otros productos más cercanos a la realidad como la campaña del sindicato AMYTS (2023), elaborada con muchos menos recursos y bastante más acierto (<https://shre.ink/bXAk>).

Los profesionales sanitarios, exclusivamente ocupados en su labor asistencial, apenas disponen de tiempo para promover, informar, explicar, el valor de la AP, ni siquiera a sus propios pacientes. Cómo, entonces, podemos pretender que se organicen para hacerlo a gran escala.

Las organizaciones sanitarias, sus responsables políticos y gestores, sus decisiones, son también hospitalocentristas: favorecen la actividad hospitalaria. Su implicación en la promoción de la AP es irrelevante. Las nuevas formas de gestión conjunta —las denominadas Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI)— han

Es difícil de entender por qué la ciudadanía vuelve la espalda a un producto de alta calidad, con potencial para dar la mejor solución a sus problemas de salud

venido a potenciar aún más la AH y la orfandad de la AP. La integración de un hospital con los centros de salud y consultorios de una zona sanitaria tiene como resultado un desequilibrio aún mayor a favor del hospital cabecera, porque los recursos, los programas, el personal, el prestigio y los gestores pertenecen a ese hospital. Por si pudiera quedar alguna duda, los datos, las cifras de financiación, terminan de demostrar la preeminencia de la AH (Hernández, 2024).

Es necesaria una acción incansable y potente para convertir la AP en una marca valiosa y de prestigio, que la ciudadanía sienta como propia y que no se deje arrebatar, porque siente que le aporta un servicio de alta calidad, de gran importancia para su vida y de difícil, si no imposible, sustitución.

Lo expuesto hasta aquí aporta algunas claves que facilitan la comprensión de determinadas actitudes y conductas, legítimas pero discutibles, de los agentes involucrados. Más difícil de entender es la predilección de la ciudadanía por la atención sanitaria “mutualizada”, cada vez más alejada del gold estándar del modelo basado en la AP. En ocasiones, la realidad puede llegar a parecer demagógica.

Para terminar, mostramos el testimonio de una voz autorizada, bien informada, desinteresada y sin prejuicios: la inteligencia artificial (IA). Le hemos preguntado a un chatbot online qué tendríamos que hacer si quisieramos ir contra la salud de la población. En la Figura 4 mostramos lo que nos ha contestado.

La respuesta sorprende por lo escasamente sorprendente. Incluso alguien tan joven como la IA parece tener claro que dejar morir la atención primaria es la mejor forma de deteriorar la salud de la población.

Corren malos tiempos para un ejercicio de la práctica médica cortada a la medida de las personas. En el fondo de este proceso de desmantelamiento y conversión de la AP “en otra cosa”, resuena la famosa frase mil veces repetida: *it's the economy, stupid!* (Wikipedia, 2024).

¡Ah!, por cierto, el siguiente slogan de aquella campaña era: “Don't forget health care”.

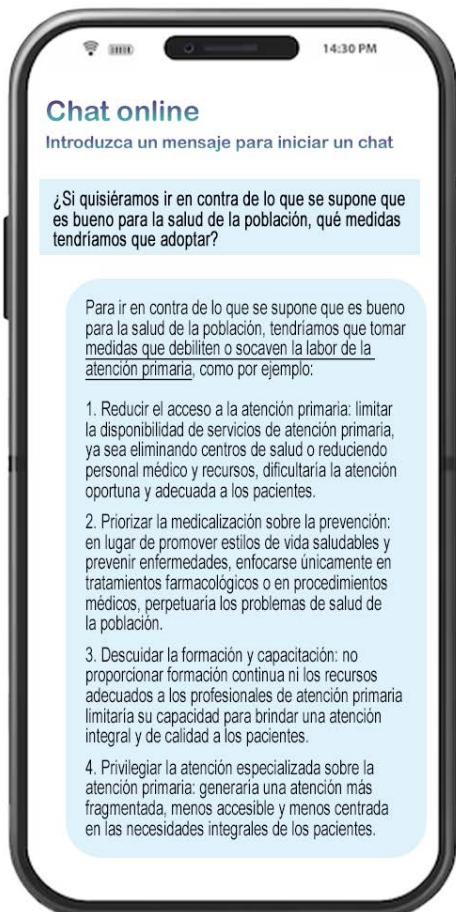


Figura 4. Respuesta del chatbot de IA. Elaboración propia.

Referencias bibliográfica

- Albalat, M. (2022, 24 de septiembre). *Los usuarios de seguros médicos aumentaron un 10% tras la pandemia en España*. El Mundo. Recuperado el 27 de noviembre de 2024, de <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2022/09/24/632ae51ce4d4d8e4188b45d3.html>
- Añel Rodríguez, R.M. (2022). Exceso de información y déficit de conocimiento: un desequilibrio “perjudicial para la salud”. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 13(2), 256-264. Recuperado el 23 de noviembre de 2024, de <https://doi.org/10.20318/recs.2022.6864>
- Añel-Rodríguez, R.M. & Astier-Peña, P. (2022). Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 15(2), 75-76. Epub 19 de septiembre de 2022. Recuperado el 23 de noviembre de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2022000200075&lng=es&tlang=es
- Añel-Rodríguez, R.M., Astier-Peña, P. & Coll-Benejam, T. (2023). ¿Por qué resulta cada vez más complicado “hacer lo que hay que hacer” y “dejar de hacer lo que no hay que hacer”? Estrategias para revertir las prácticas de bajo valor. *Atención primaria*, 55(7), 102630. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102630>
- Arganda, C. (2024, 1 de abril). “El gasto público total en medicamentos y productos sanitarios creció un 5,1% en 2023”. Diariofarma.com. Recuperado el 30 de noviembre de 2024, de <https://diariofarma.com/2024/04/01/el-gasto-publico-total-en-medicamentos-y-productos-sanitarios-crecio-un-51-en-2023>
- Asociación de Médicos Y Titulados Superiores de Madrid (2024, 12 de abril). AMYTS VÍDEO. Día de la Atención Primaria. ¿Qué puede ayudar a reducir la mortalidad en un 25-30%? Salimos a la calle para preguntar. Recuperado el 22 de noviembre de 2024, de <https://shre.ink/bXLu>
- Boletín Oficial del Estado (2022, 24 de diciembre). Ley 31/2022, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2023. Recuperado el 30 de noviembre de 2024, de <https://www.boe.es/eli/es/l/2022/12/23/31/con>
- Brunat, D. (2020, 5 de abril). El sabio de la atención primaria: "España ha optado por el hospitalocentrismo". *Elconfidencial.co* . Recuperado el 23 de noviembre de 2024, de https://www.elconfidencial.com/espana/2020-04-05/coronavirus-sistema-sanitario-amando-martin-zurro_2534099/
- Burke, H. (2024, 25 de octubre 25). “Who are the top 10 medical device companies in the world? (2024)”. Proclinical.com. Recuperado el 29 de noviembre de 2024, de <https://www.proclinical.com/blogs/2024-10/top-10-medical-device-companies-in-the-world-in-2024>
- Computerworld (2024, 23 de abril). “ComputerWorld’ y SEIS analizan la inversión TIC en sanidad en 2023”. Recuperado el 30 de noviembre de 2024, de <https://www.computerworld.es/article/2100008/computerworld-y-seis-analizan-la-inversion-tic-en-sanidad-en-2023.html>
- Diariofarma (2023, 24 de mayo). “La inversión publicitaria del sector farmacéutico recupera el vuelo tras 3 años de descenso”. Diariofarma.com. Recuperado el 30 de noviembre de 2024, de <https://diariofarma.com/2023/05/24/la-inversion-publicitaria-del-sector-farmaceutico-recupera-el-vuelo-tras-3-anos-de-descenso>
- Divina seguros (2024). *La mejor salud la por muy poco*. *divinaseguros.com*. Recuperado el 27 de noviembre de 2024, de <https://www.divinaseguros.com/seguro-salud-especialistas-srch/>
- Farmaindustria (2023, abril). *Nuevos medicamentos: más salud, más vida*. Recuperado el 27 de noviembre de 2024, de <https://www.farmaindustria.es/web/reportaje/nuevos-medicamentos-mas-salud-mas-vida/>
- Farmaindustria (2024, junio). *Memoria 2023*. Recuperado el 30 de noviembre de 2024, de <https://www.farmaindustria.es/web/wp-content/uploads/sites/2/2024/05/Farmaindustria-Memoria-2023-junio-2024.pdf>
- Freeman, R.E. (1984). Strategic management: A stakeholder theory. *Journal of Management Studies*, 39 (1), 1-21.
- García-Lacalle, J., Martín Vallespín, E. & Royo Montañés, R. (2009). La financiación de la sanidad pública. Efecto de los sistemas de pago prospectivos en el rendimiento de los hospitales. *Presupuesto y gasto público*, 4(57), 99-115.

Gérvas J. & Pérez-Fernández, M (2024, 21 de octubre). "La (de)formación continuada de los profesionales de la salud por las industrias. El caso de los congresos científico y su patrocinio. *Nogracias.org*. Recuperado el 2 de diciembre de 2024, de <https://shre.ink/bXLv>

Gómez, T. (2024). *El futuro del seguro de salud en España*. Recuperado el 27 de noviembre de 2024, de <https://www.deloitte.com/es/es/Industries/financial-services/research/el-futuro-del-seguro-de-salud-en-espana.html>

Hernández, L. (2024, 27 de febrero). La financiación de la Atención Primaria se queda corta: ninguna comunidad autónoma alcanza el 25% recomendado por la OMS. *Infobae.com*. Recuperado el 23 de noviembre de 2024, de <https://www.infobae.com/espagna/2024/02/27/la-financiacion-de-la-atencion-primaria-se-queda-corta-ninguna-region-alcanza-el-25-recomendado-por-la-oms/>

Iglesias, O. (2024, 4 de octubre 4). ¿Quién paga nuestra sanidad? Sistema digital. Recuperado el 29 de noviembre de 2024, de <https://fundacionsistema.com/quien-paga-nuestra-sanidad/>

Infosalus (2022, 20 de abril). Foro de la AP denuncia el "hartazgo" ante las promesas incumplidas de las administraciones y el "maltrato reiterado". *Infosalus.com*. Recuperado el 23 de noviembre de 2024, de <https://shre.ink/bXLh>

Infosalus (2024, 30 de mayo). Sanidad lanza una campaña para "poner en valor" el nuevo Plan de Atención Primaria basado en la "eficacia". *Infosalus.com*. Recuperado el 23 de noviembre de 2024, de <https://shre.ink/bXLG>

Irekia (2024, 18 de noviembre). Lehendakari: "La atención primaria no es solo la puerta de entrada a la sanidad, sino donde se resuelve el 80% de las patologías". Recuperado el 23 de noviembre de 2024, de <https://www.irekia.euskadi.eus/es/news/97244-lehendakari-atencion-primaria-solo-puerta-entrada-sanidad-sino-donde-resuelve-las-patologias>

iSanidad (2024, 13 de diciembre). "Los seguros privados de salud crecen un 30% en la última década: ya cubren a uno de cada cuatro españoles". *iSanidad.com*. Recuperado el 17 diciembre de 2024, de <https://isanidad.com/314423/los-seguros-privados-de-salud-crecen-un-30-en-la-ultima-decada-ya-cubren-a-uno-de-cada-cuatro-espanoles/>

Kringos, DS., Boerma, WG., Hutchinson, A., van der Zee, J. & Groenewegen, PP. (2010). The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, 10, 65. doi: 10.1186/1472-6963-10-65

La Moncloa (2022, 9 de junio). Sanidad duplica la red de centros de terapias avanzadas CAR-T contra enfermedades graves como el cáncer. La Moncloa, Prensa https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Paginas/2022/090622-darias_car-t.aspx

Marchante, D. (2024, 22 de noviembre): "Este es el motivo por el que los funcionarios tienen Muface en vez de Seguridad Social". *Eldebate.com*. https://www.eldebate.com/sociedad/20241122/este-motivo-funcionarios-tienen-muface-vez-seguridad-social-cns_247082.html

Ministerio de Sanidad (2024, 13 de noviembre). "El Centro de tu Salud: La Atención Primaria". Campaña de impulso de la atención primaria. Recuperado el 23 de noviembre de 2024, de: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6558>

Minué, S. (2023). Gestión sanitaria. *AMF*;19(6):358-367. Recuperado de: <https://amf-semfyc.comes/web/articulo/gestion-sanitaria-2023>

Müskens, JL., Kool, RB., van Dulmen, SA. & Westert, GP. (2022). Overuse of diagnostic testing in healthcare: A systematic review. *BMJ quality & safety*, 31(1), 54-63. Recuperado el 25 de noviembre de 2024, de <https://doi.org/10.1136/bmjqqs-2020-012576>

Palacio, J. (2023). No hacer para poder hacer: sensatez en las políticas, la gestión y la práctica. *Atención Primaria*, 55(7). Recuperado el 22 de noviembre de 2024, de <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102646>

POP, Plataforma de Organizaciones de Pacientes (2024, 22 de noviembre). El médico de Atención Primaria,

el mejor valorado por los pacientes con enfermedad crónica. Recuperado el 23 de noviembre de <https://plataformadepacientes.org/el-medico-de-atencion-primaria-el-mejor-valorado-por-los-pacientes-con-enfermedad-cronica/>

Reeve, J. (2024). *Medical Generalism, Now!: Reclaiming the Knowledge Work of Modern Practice* (1st ed.). CRC Press. 2024.

Rodríguez, E. & Añel, RM. (2019). Campaña de sensibilización ciudadana en Seguridad del Paciente: Modelo de Plan de Comunicación. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 10(2), 206-217. doi: 10.20318/recs.2019.4606

Sandvik, H., Hetlevik, Ø., Blinkenberg, J. & Hunskaar, S. (2021). Continuity in general practice as a predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out-of-hours services: registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice*, 72 (715), e84-e90. doi: 10.3399/BJGP.2021.0340

Sanidad (2024, 27 de mayo). Mónica García pone en valor el modelo de Atención Primaria de España ante la Organización Mundial de la Salud. [lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/paginas/2024/270524-atencion-primaria-espana.aspx](https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/paginas/2024/270524-atencion-primaria-espana.aspx)

Simó, J (2023, 17 de mayo). “¿Quedan plazas MIR si cubrir? No pasa nada, esto se arregla con extracomunitarios...” Salud, dinero y atención primaria. [Blog]. Recuperado el 20 de diciembre de 2024, de la web: <https://saludineroap.blogspot.com/2023/05/quedan-plazas-mir-si-cubrir-no-pasa.html>

Simó, J. (2024, 22 de abril). “MFyC en la elección MIR – Una aproximación narrativa de un R1 de MFyC anónimo”. Salud, dinero y atención primaria. [Blog]. Recuperado el 20 de diciembre de 2024, de la web: <https://saludineroap.blogspot.com/2024/04/mfyc-en-la-eleccion-mir-una.html>

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. (2023, 2 de junio). *Sociedades científicas de Atención Primaria y Comunitaria se reúnen para poner en común la visión sobre el modelo de AP del siglo XXI*. Recuperado el 18 de diciembre de 2024, de <https://www.semfyc.es/actualidad/sociedades-cientificas-atencion-primaria-comunitaria-se-reunen-para-poner-en-comun-la-vision-sobre-el-modelo-ap-siglo-xxi> <https://shre.ink/bXAT>

Starfield, B. (2001). Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson Editorial.

Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q.*, 83(3):457–502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x

StudySmarter, equipo editorial (2024). “Fuentes de financiación hospitalaria”. Recuperado el 29 de noviembre de 2024, de <https://shre.ink/bXLj>

Wikipedia. “Es la Economía, estúpido” (2024, 10 de noviembre). *Wikipedia.org*. Consultado el 12 de enero de 2024, disponible en https://en.wikipedia.org/wiki/It%27s_the_economy,_stupid

World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF). (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. WHO, Geneva: 2018.

WTW (2024, 13 de noviembre). *Estas son las tendencias que definirán el sector de la salud en 2025*. Recuperado el 27 de noviembre de 2024, de <https://www.wtwco.com/es-es/insights/2024/11/estas-son-las-tendencias-que-definiran-el-sector-de-la-salud-en-2025>

Yusta, C. (2022, 6 de diciembre). Lo que viene en tecnología sanitaria. *Elespanol.com*. Recuperado el 23 de noviembre de 2024, de https://www.elespanol.com/ciencia/salud/20221206/viene-tecnologia-sanitaria/696180562_0.html