



# Associació per a la Defensa de la Sanitat Pública de les Illes Balears

PROPOSTES de l'ADSP-IB

## Punt 6

BASES PER A UNA POLÍTICA FARMACÈUTICA DEL SERVEI DE SALUT

06/03/2019

### ÀREA D'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT

*Manifest de l'ADSP-IB:*

*Punt 6: "Reforçar l'Atenció Primària com a eix i ordenació de l'assistència sanitària i millorar la coordinació entre els nivells assistencials d'atenció primària i atenció especialitzada/hospitalària."*

<http://adspillesbalears.org/es/manifiesto-adsp-illes-balears/>

### Propostes de l'ADSP-IB:

- 1 – Potenciar una gestió autònoma, participativa i descentralitzada dels serveis d'atenció primària.**
- 2 –Incrementar la coordinació amb l'atenció especialitzada implantant models col·laboratius amb l'objectiu d'augment de la capacitat de resolució de l'atenció primària i la reducció de les llistes d'espera a l'atenció especialitzada.**
- 3 – Desenvolupament en tots els centres de programes de prevenció i promoció de la salut, fomentant la coordinació intersectorial i la participació comunitària.**
- 4 - Extensió de la cobertura dels serveis existents i increment de la cartera de serveis assistencials en l'àrea matern-infantil i patologia de l'aparell locomotor.**
- 5- Incrementar les inversions en els centres de salut per a l'accés a noves tecnologies i l'adequació de les instal·lacions actuals.**
- 6-Contribuir a la desmedicalització de la societat i a la prevenció quaternària desenvolupant la campanya "No es sano", sumant-se a les iniciatives "No hacer" i proposant en consulta alternatives no farmacològiques a demandes sanitàries.**

## Propostes detallades de l'ADSP-IB:

### 1 – Potenciar una gestió autònoma, participativa i descentralitzada dels serveis d'atenció primària.

El desenvolupament de l'atenció primària depèn de l'obertura d'un espai de poder i una direcció capaç, que marqui clarament els objectius a aconseguir amb els recursos disponibles i avaluï processos i resultats. L'increment de recursos econòmics sense el seguiment i avaluació dels programes on s'inverteixen s'ha mostrat ineficient. No hi ha possibilitat de diàleg amb els Hospitals sense aquest espai autònom.

La direcció ha de ser participativa i descentralitzada, potenciant l'autonomia de cada centre de salut. Ha d'estar basada en la negociació periòdica d'objectius entre les institucions i comptar amb un sistema d'incentius econòmics associat al compliment de les metes individuals dels professionals i les organitzatives de cada centre:

- Gestió per projectes i programes
- Contractes programa amb objectius pactats periòdicament
- Model d'incentius econòmics per compliment d'objectius

### 2 – Incrementar la coordinació amb l'atenció especialitzada implantant models col·laboratius amb l'objectiu d'augment de la capacitat de resolució de l'atenció primària i la reducció de les llistes d'espera a l'atenció especialitzada.

Les llistes d'espera d'atenció especialitzada (AE) són el primer problema assistencial que té l'atenció primària (AP) i una de les causes de la privatització del sistema públic. Segons el nostre punt de vista l'AP ha de participar en la seva resolució a través de la implantació d'un model col·laboratiu de relació amb l'AE. En aquest model estan diferenciats els espais de treball de cada nivell amb criteris consensuats de transferència de casos, però a més d'això hi ha un espai de treball comú. La base del model és la comunicació fluida i bidireccional entre professionals entorn de pacients concrets que genera vincles i confiança i construeix models particulars adaptats a cada situació concreta.

En l'espai d'AP es busca un augment de la capacitat de reconèixer, contenir, tractar i referir adequadament les demandes. L'increment de l'oferta de serveis (nous recursos i capacitats, increment del petitori de proves complementàries, recursos de telemedicina), les mesures organitzatives (responsables en el centre de salut dels programes de relació, gestió de cites i demora des d'AP, objectius pactats amb els serveis de AE) i la formació són els instruments proposats.

De l'espai d'AE (hospitalització, consultes i urgències) s'espera el reconeixement del paper de l'AP, una comunicació fluida relativa als pacients basada en l'accessibilitat dels especialistes i en els informes adequats i entendre que la formació és un resultat del treball conjunt. Sens dubte el més innovador del model és l'espai de col·laboració que es crea a través del desplaçament periòdic dels especialistes per a veure pacients conjuntament (supervisió, coteràpia, interconsulta) i parlar d'ells en les sessions formatives posteriors. Aquests programes seran especialment rellevants en l'atenció a pacients crònics pluripatològics, salut mental i en aquelles especialitats on la llista d'espera sigui més elevada.

- Establiment de canals de comunicació fluida entre nivells. Millora de la qualitat de derivacions de primària i informes d'especialistes.
- Gestió de les derivacions des d'AP sobre objectius pactats amb l'AE.
- Ús de procediments de telemedicina per a augmentar la capacitat de resolució d'AP.
- Desplaçament periòdic d'AE per a veure pacients conjuntament i sessions clíniques.
- Potenciació de la figura de professionals d'enllaç.

### **3 – Desenvolupament en tots els centres de programes de prevenció i promoció de la salut fomentant la coordinació intersectorial i la participació comunitària.**

Aquest objectiu és impossible de realitzar sense el treball conjunt amb la Direcció General de Salut Pública i sense traves administratives. El Departament de Salut Pública ha de tenir als centres de salut com a efectors perifèrics de les seves polítiques i la comunicació ha de ser permanent i fluida.

Des de l'ADSP també donem suport a l'Estratègia Nacional de Promoció de Salut a Nivell Local promoguda pel Ministeri i la Conselleria. En aquest sentit considerem important que tots els centres de salut de Balears participin activament en el seu desenvolupament i posada en marxa treballant conjuntament amb els Ajuntaments o Junes de Districte. Ens congratulem per la inclusió en la cartera de serveis d'AP de programes preventius i de promoció de salut (vacunacions, atenció infantojuvenil, programa escolar, consulta jove, educació maternal i control d'embaràs, rutes saludables etc.). Així mateix considerem necessària l'extensió del programa d'atenció al tabaquisme sense demora a tots els centres de salut i la formulació i posada en marxa d'un programa d'abordatge de l'obesitat i el sedentarisme.

Proposem, per al desenvolupament dels components de medicina comunitària de cada centre de salut on no hi hagi treballador social, la contractació amb dedicació exclusiva a aquest tema d'un professional d'aquest perfil (treballador social, educador social, psicòleg social)

- Elaboració participativa del mapa d'actius de cada zona bàsica i posada en marxa de sistemes de prescripció social en tots els centres de salut.
- Tots els centres de salut tindran un programa d'atenció al tabaquisme sense llista d'espera.
- Formulació i posada en marxa del programa d'atenció a l'obesitat i sedentarisme en tots els centres de salut.

### **4 - Extensió de la cobertura dels serveis existents i increment de la cartera de serveis assistencials en l'àrea matern-infantil i patologia de l'aparell locomotor.**

Tenint en compte la seva prevalença i rellevància social, l'atenció integral a la dona i els problemes osteomusculars obliguen a repensar la cartera de serveis d'AP. L'experiència altament positiva del treball de les matrones en els centres de salut suggereix la necessitat del seu reforç i la participació de tot l'equip (metges de família i infermeres) en l'atenció a la dona ampliant el programa de control d'embaràs, oferint serveis de primer nivell de planificació familiar, malalties de transmissió sexual i atenció integral al climateri.

De la mateixa forma l'experiència positiva de serveis de fisioteràpia situats a l'AP implica la necessitat de generalitzar-los a tots els centres de salut i canviar la seva dependència administrativa.

- Implicació de metges i infermeres de família en els programes d'atenció a la dona
- Posada en marxa de serveis bàsics de planificació familiar, malalties de transmissió sexual i d'atenció al climateri
- Tots els centres de salut i UBS amb població suficient comptaran amb una matrona per al desenvolupament del programa d'atenció a la dona
- Serveis de fisioteràpia dependents d'AP en tots els centres de salut. Contractació de fisioterapeutes d'AP

## **5- Incrementar les inversions en els centres de salut per a l'accés a noves tecnologies i l'adequació de les instal·lacions actuals.**

És evident que les propostes que hem enunciat requereixen no només un increment de professionals vinculats al desenvolupament de programes, sinó també un increment de les inversions destinades a:

- Adquisició i accés a noves tecnologies per al desenvolupament de les funcions i els programes d'AP (ecògrafs, serveis de cirurgia menor, serveis d'atenció a la dona, serveis de fisioteràpia, atenció al tabaquisme en tots els centres de salut i UBS amb suficient població)
- Reparacions en els actuals centres de salut i noves instal·lacions (aire condicionat, obra menor, nous serveis)

## **6-Contribuir a la desmedicalització de la societat i a la prevenció quaternària desenvolupant la campanya “No es sano”, sumant-se a les iniciatives “No hacer” i proposant en consulta alternatives no farmacològiques a demandes sanitàries.**

Promoure i difondre:

- La iniciativa “NO es SANO” sobre transparència, costos, conflicte d'interès i activitats promocionals en relació al medicament.
- Els principis bàsics per avaluar el valor aportat pels medicaments i la tecnologia, l'aplicació dels criteris d'eficiència i de posicionament terapèutic.
- L'anàlisi crítica de la medicalització de la vida i les alternatives no farmacològiques a problemes de consulta, amb difusió de les estratègies i programes de desprescripció, desmedicalització i els criteris “No Hacer” (\*).

(\*). Veure document “CONTRA LA MEDICALITZACIÓ DE LA VIDA: ESTRATÈGIES I PROPOSTES” de l'ADSP-IB

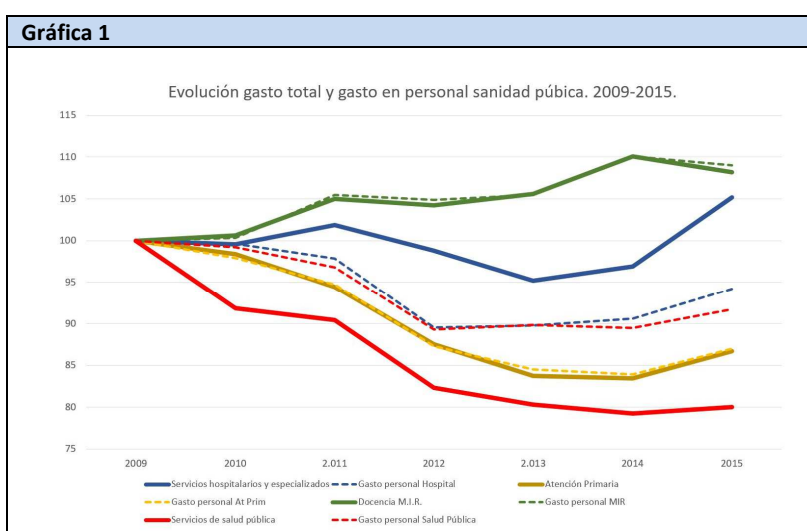
## Estimació pressupost anual 2019:

PROPOSTA	COST ESTIMAT	ANOTACIONS
<b>1 – Potenciar una gestió autònoma, participativa i descentralitzada dels serveis d'atenció primària.</b>	Pendent d' estimar pels serveis tècnics de l'IB salut i Conselleria	
<b>2 –Incrementar la coordinació amb l'atenció especialitzada implantant models col•laboratius amb l'objectiu d'augment de la capacitat de resolució de l'atenció primària i la reducció de les llistes d'espera a l'atenció especialitzada.</b>	Pendent d' estimar pels serveis tècnics de l'IB salut i Conselleria	
<b>3 – Desenvolupament en tots els centres de programes de prevenció i promoció de la salut fomentant la coordinació intersectorial i la participació comunitària.</b>	Pendent d' estimar pels serveis tècnics de l'IB salut i Conselleria	
<b>4 - Extensió de la cobertura dels serveis existents i increment de la cartera de serveis assistencials en l'àrea matern-infantil i patologia de l'aparell locomotor.</b>	Pendent d' estimar pels serveis tècnics de l'IB salut i Conselleria	
<b>5- Incrementar les inversions en els centres de salut per a l'accés a noves tecnologies i l'adequació de les instal•lacions actuals</b>	Pendent d' estimar pels serveis tècnics de l'IB salut i Conselleria	
<b>6-Contribuir a la desmedicalització de la societat i a la prevenció quaternària desenvolupant la campanya “No es sano”, sumant-se a les iniciatives “No hacer” i proposant en consulta alternatives no farmacològiques a demandes sanitàries.</b>	Pendent d' estimar pels serveis tècnics de l'IB salut i Conselleria	
<b>Total 2019:</b>		

## ANNEX

### Análisis de la situación de los servicios públicos de atención primaria y estrategias de mejora

Los servicios sanitarios públicos de España están en crisis. Y hablamos de crisis cuando las finalidades previstas para ellos en las normas legales de las que democráticamente nos hemos dotado (el aumento del nivel de salud, la atención a la salud como derecho de los ciudadanos, la orientación hacia la promoción de la salud con prioridad a la atención primaria y la salud pública) no coinciden con las orientaciones actuales del Sistema Nacional de Salud. La crisis económica iniciada en 2009 supuso una reducción porcentual de los gastos en salud que llegó a su máximo en 2014. A partir de esa fecha se inicia un proceso de recuperación. La pregunta es si los servicios de salud que salen de la crisis son similares a cómo eran a su inicio. Sin entrar en detalle en una crisis de causas complejas queremos aportar unos datos y reflexiones del colectivo Silesia basadas en la evolución de los presupuestos en el periodo 2009-15 (Gráfica 1):



“...en el periodo 2009-2015 el gasto hospitalario apenas ha bajado, llegándose a incrementar en un 5% al final de la serie con respecto a 2009, mientras que el gasto en Atención Primaria ha caído en torno a un 12%. Es decir, cuando hablamos del periodo 2009-2015 estamos hablando de un periodo de reestructuración del gasto con el fortalecimiento del hospital como el centro de acumulación de capital y tecnologías y la atención primaria como el centro del lugar donde hacer cosas sin medios más allá de los humanos.

El recorte en personal en el periodo 2009-2015 ha sido más acusado en atención primaria que en atención hospitalaria; en 2009, por cada euro gastado en personal en atención primaria se gastaban 2.6 en atención hospitalaria; esa relación es ahora de 1:2.8 en favor del gasto en personal hospitalario.

Por otro lado, el gasto hospitalario ha crecido muy por encima de la evolución del gasto en personal (el % de gasto de personal en el hospital era de un 62.6% en 2009 y de un 56.1% en 2015), lo cual refleja una cosa: el hospital es el centro de la innovación tecnológica y medicamentosa. A día de hoy, la mayoría de las innovaciones diagnósticas y terapéuticas se implantan en el medio hospitalario, las innovaciones de gestión también se desarrollan en el ámbito hospitalario. Lo que en su momento fueron innovaciones y ya son tratamientos o herramientas diagnósticas muy establecidas se resisten a dejar el ámbito hospitalario (atención al VIH, control de embarazo y planificación familiar, diabetes tipo 2 etc.)...

No es solo un problema de gasto... actualmente, la distribución desigual del gasto sanitario entre hospital, atención primaria y salud pública es la expresión de una desigualdad de poder

en el establecimiento de los procesos, las localizaciones de las prestaciones y el diseño del sistema en su totalidad. No tendría sentido cambiar de un año para otro el gasto en Atención Primaria y hacerlo llegar al 20% del gasto total si eso no se tradujera en una revolución de las formas de pensar el sistema sanitario y de distribuir el poder y la relevancia de los diferentes niveles asistenciales en el paso del paciente por el mismo.

La Atención Primaria no desaparecerá mañana <sup>(1)</sup>, pero el periodo 2009-2015 ha dejado muy claro que su papel en el sistema sanitario actual es de comparsa de otro nivel asistencial que es donde realmente se juega el partido de pensar la sanidad del futuro” <sup>(2)</sup>.

**Datos Baleares:** Si analizamos los datos específicos de Baleares comprobamos un panorama con tendencias similares con la característica específica de un crecimiento desmesurado en el mismo periodo de conciertos con entidades privadas (+134 %). (Tabla 1 )

En miles de €	2009	2016	Dif 2009 2016	Dif en %
Servicios Hospitalarios y especializados	880.437	985.795	+105.358	+12%
Atención Primaria	194.143	175.254	-18.889	-10%
Salud Publica	10.741	10.139	-602	-6%
Farmacia extrahospitalaria (receta) (*)	218.882	197.222	-21.660	-10%
Conciertos	65.564	153.292	+87.728	+134%
Personal	732.544	711.983	-20.561	-3%

(\*) En 2012 se introdujo el copago farmacéutico en los pensionistas, que asumieron con dinero de bolsillo una parte del incremento del gasto en recetas.

Es importante recalcar que en el gasto consolidado de servicios hospitalarios y especializados que muestra la tabla se incluyen las cuentas de farmacia hospitalaria y no así en atención primaria. En este sentido el estudio publicado por la ADSP-IB (Dosier informativo 4 Gasto Sanitario Público del Proyecto de presupuestos de las IB 2019) <sup>(4)</sup>, analiza la evolución del gasto sanitario en atención primaria y especializada, con el gasto farmacéutico hospitalario presentado de forma conjunta con el gasto en receta y de forma desagregada entre 2009 y 2019. Ello se valora en dos periodos de 2009 a 2014 y de 2015 a 2019, con los resultados siguientes:

- En el periodo 2009 a 2014, los datos de gasto sanitario público en Baleares presentan una disminución del 7 %. La partida del gasto en servicios hospitalarios y especializados, disminuye un 19 % (-132 millones de €). El de atención primaria disminuye un 22 % (-87 millones de €). En contraste el gasto en medicamentos receta + hospitalarios (farmacia global) aumenta 14 % (+37 millones de €) y el de conciertos un 136 % (90 millones de €).(Gráfica 2).

**Gráfica 2. Baleares, evolución del GS público 2009 2014. Agrupando en «Farmacia global»: Gasto medicamentos receta + hospitalario**

<sup>1</sup>Colectivo silesia, Javier Padilla, ¿Y si mañana desapareciera la Atención Primaria? 22/05/2017. <https://colectivosilesia.net/2017/05/22/manana-desapareciera-la-atencion-primaria/>

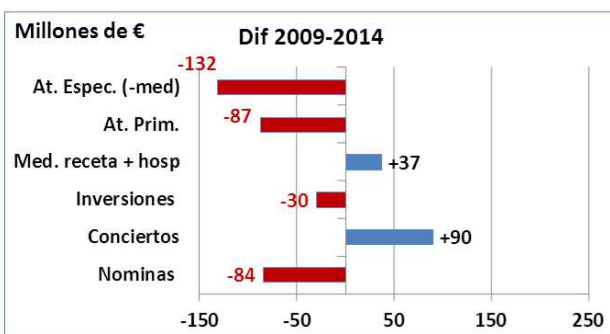
<sup>2</sup> Colectivo silesia, Si quieres Atención Primaria, díselo en los presupuestos. 03/07/2017 <https://colectivosilesia.net/2017/07/03/quieres-atencion-primaria-diselo-los-presupuestos/>

<sup>3</sup>Ministerio de Sanidad. Estadística del gasto sanitario público, principio de devengo (2002-2016) <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/egspGastoReal.pdf>

<sup>4</sup> ADSP-IB. Proyecto de presupuestos de las IB 2019. Análisis y propuestas. 30/12/2018 [http://adspillesbalears.org/wp-content/uploads/2019/01/Observatorio-IB-Dosier-4-ARGUMENTARIUM-PRESUPUESTOS-2019-30\\_12\\_2018-ESP-a.pdf](http://adspillesbalears.org/wp-content/uploads/2019/01/Observatorio-IB-Dosier-4-ARGUMENTARIUM-PRESUPUESTOS-2019-30_12_2018-ESP-a.pdf)

## Gasto sanitario evolución IB. Datos de 2009-2014

Nóminas, conciertos, inversiones, medicamentos, atención primaria y especializada. Variación y %



Gasto sanitario por partidas en el periodo 2009-2014.

En valores absolutos:

**Disminución** del gasto en AP, AE, inversiones y nóminas

**Aumento** en Medicamentos global (receta+hospital) y en Conciertos

Fuentes:

- (1) Datos 2009 y 2014 EGSP Ministerio Sanidad y 2019 presupuesto CAIB. <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisinfSanSNS/pdf/espGastoReal.pdf>
- (2) Datos 2009 EGSP, datos 2014 Ministerio Hacienda y datos 2019 \* estimación gasto real en medicamentos (gráfico 3). <http://www.hacienda.gob.es/Documentacion/Publico/CDI/Gasto%20Sanitario/SERIE%20Gasto%20Farmac%C3%A9utico%20y%20Sanitario.xls>
- (3) Datos 2009, 2014 y 2019 presupuesto Hacienda CAIB. Estructura funcional o por programas. Apartado IV [http://www.caib.es/sites/estadisticas/ca/proyecto\\_2019/](http://www.caib.es/sites/estadisticas/ca/proyecto_2019/)
- (4) Datos 2009, 2014 y 2019 presupuesto Hacienda CAIB. En 2019 \* estimación gasto real en medicamentos (gráfico 3)

Así pues, la disminución del gasto sanitario entre 2009 y 2014 ha ido en perjuicio de los servicios asistenciales (atención primaria, hospitalaria y especializada), de la partida de personal (nóminas) que no se ha empezado a recuperar hasta 2017, y de las inversiones en equipamiento y estructuras. Por el contrario las partidas de conciertos y de medicamentos han aumentado en dicho periodo.

- Ampliando el periodo de estudio a 10 años de 2009-2019 <sup>(5)</sup> (Tabla 2), que incluye los últimos años con recuperación del presupuesto a datos previos al inicio de la crisis, se observa que la partida del gasto en servicios hospitalarios y especializados aumenta en Baleares un 14 % (+105 millones de €), el de atención primaria aumenta un 7 % (+30 millones de €) y en nóminas un +16% (+126 millones de €).

**Tabla 2. Baleares, evolución del GS público 2009 2019 con Gasto medicamentos receta + hospitalario presentado de forma conjunta y desagregado de la atención especializada.**

Gasto sanitario evolución 10 años 2009 a 2019 (Gráfica 6b)

Gráfica 6b.					
Gasto sanitario evolución 10 años. Datos de 2009-2014 y comparación con presupuestos 2019.					
Nóminas, conciertos, inversiones, medicamentos, atención primaria y especializada. Variación y %.					
	2009 (mill €)	2014 (mil €)	2019 (mill €)	Dif 2009-2019 (mill €)	Dif 2009-2019 %
Nóminas (1)	733	649	848	+116	+16%
Conciertos (1)	66	156	192	+126	+191%
Inversiones (1)	53	23	47	-6	-11%
Medicamentos global receta + hospital (2)	219+54 = 273	184+126 = 310	233+225 = 458 *	+185	+47%
Atención Primaria (3)	402	315	432	+30	+7%
Atención especializada (3)	746	686	851	+105	+14%
Atención especializada (- medicamentos hospital) (3) (4)	746 -54 = 692	686 -126 = 560	851 -180 = 671	-21	-3%
			851 - 225 = 626 *	-66	-10%
<b>Total (1)</b>	<b>1426</b>	<b>1332</b>	<b>1726 (1773 *)</b>	<b>+300 (+347*)</b>	<b>+21 % (+24%*)</b>

(1) Datos 2009 y 2014 EGSP Ministerio Sanidad y 2019 presupuesto CAIB. <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisinfSanSNS/pdf/espGastoReal.pdf>

(2) Datos 2009 EGSP, datos 2014 Ministerio Hacienda y datos 2019 \* estimación gasto real en medicamentos (gráfico 3). <http://www.hacienda.gob.es/Documentacion/Publico/CDI/Gasto%20Sanitario/SERIE%20Gasto%20Farmac%C3%A9utico%20y%20Sanitario.xls>

(3) Datos 2009, 2014 y 2019 presupuesto Hacienda CAIB. Estructura funcional o por programas. Apartado IV [http://www.caib.es/sites/estadisticas/ca/proyecto\\_2019/](http://www.caib.es/sites/estadisticas/ca/proyecto_2019/)

(4) Datos 2009, 2014 y 2019 presupuesto Hacienda CAIB. En 2019 \* estimación gasto real en medicamentos (gráfico 3)

<sup>5</sup> ADSP-IB. Proyecto de presupuestos de las IB 2019. Análisis y propuestas. 30/12/2018 [http://adspillesbalears.org/wp-content/uploads/2019/01/Observatorio-IB-Dossier-4-ARGUMENTARIUM-PRESUPUESTOS-2019-30\\_12\\_2018-ESP-a.pdf](http://adspillesbalears.org/wp-content/uploads/2019/01/Observatorio-IB-Dossier-4-ARGUMENTARIUM-PRESUPUESTOS-2019-30_12_2018-ESP-a.pdf)



En contraste el aumento en medicamentos de hospital + receta es mucho mayor, del 47% (+185 millones de €) y al igual que el de conciertos del 191 % (+126 millones de €). Si el gasto hospitalario le restamos la partida de medicamentos hospitalarios, entonces el gasto hospitalario se reduce en el periodo 2009 a 2019 a % negativos del -3 al -10%. (Tabla 2)

Desafortunadamente no tenemos acceso a publicaciones que analicen los datos de gasto consolidado desde 2017 a la actualidad, y solo nos podemos basar en el gasto presupuestado, pero aunque el gobierno del PSOE haya acabado con los recortes del PP y haya incrementado las partidas destinadas a sanidad en los presupuestos anuales, el panorama y la configuración de los servicios sanitarios públicos en Baleares sigue la misma tendencia que en el resto del Estado. Es decir tenemos un sistema donde todo gira alrededor de un modelo de hospital que también recorta en personal pero apuesta por la innovación costosa en tecnología y medicamentos y además es insuficiente para resolver las demandas de atención especializada que plantea la población, generando listas de espera que en Baleares son una de las razones de la progresiva privatización de los servicios sanitarios públicos (crecimiento de los conciertos) y del florecimiento de la medicina privada. En este panorama la atención primaria juega un papel secundario desarrollando de forma insuficiente sus funciones de prevención y promoción e incluso su capacidad clínica y de contención de la demanda asistencial.

### **¿Es que la Atención Primaria ya no sirve como principio articulador de los servicios de salud?**

Todas las agencias internacionales incluyendo la OMS piensan que no. La reciente declaración de Astaná (Octubre 2018) <sup>(6)</sup> refuerza y actualiza la declaración de Alma Ata donde se sentaron los principios de la Atención Primaria de Salud hace 40 años. La extensión de servicios básicos de salud es la meta para países donde estos no son accesibles a la mayor parte de la población, pero el patrón de morbimortalidad de los países desarrollados también es una guía : envejecimiento de la población, obesidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo y toxicomanías, muertes violentas y suicidios, estrés psicosocial y enfermedades mentales, problemas musculoesqueléticos, el cáncer y la desigualdad en salud son problemas no abordables en un sistema de salud centrado en la alta tecnología y la superespecialización. El reto es la orientación biopsicosocial, la articulación sociosanitaria y el trabajo intersectorial, todos mensajes ya enunciados en la declaración de Alma Ata de 1978. El reto es convertirse en un instrumento de la salud pública y esto solo se puede conseguir en conjunción con los Departamentos que la gestionan.

Además, en un mundo donde la iatrogenia crece en proporciones alarmantes, la atención primaria ha de asumir el reto de la prevención cuaternaria: defender a los pacientes de intervenciones médicas que causan más perjuicio que beneficio.

Aumento de la capacidad de resolución de problemas clínicos, coordinación y trabajo conjunto con la atención especializada y salud pública, reorientación hacia la prevención y promoción de salud, prevención cuaternaria y desmedicalización son los principios que orientan esta propuesta para el desarrollo de la atención primaria en Baleares.

---

<sup>6</sup> Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018 <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>