

Hacia la Equidad en Salud:
propuestas para transformar
la atención primaria en España

Comité para la Equidad
en Atención Primaria

1	Resumen ejecutivo	— 03
2	Introducción	— 06
3	¿Por qué es necesario reforzar la atención primaria en zonas de mayor vulnerabilidad social?	— 09
4	Propuestas para transformar la atención primaria en España desde una mirada de equidad	— 14
5	Bibliografía	— 23

El **Comité para la Equidad en la Atención Primaria** representa uno de los **primeros ejercicios en España** que pone en común un diagnóstico de la equidad de los servicios de atención primaria desde una perspectiva de los **determinantes sociales de la salud**.

Este comité ha implicado a **representantes de sociedades científicas, consejos profesionales, organizaciones sociales, asociaciones de pacientes, profesionales de atención primaria y científicos sociales**, de distintas comunidades autónomas. Tradicionalmente, los análisis se realizan desde una óptica sanitaria. Por ello, **incorporar la visión de actores del ámbito del Tercer Sector y la academia**, que cuentan con un alto grado de conocimiento sobre las necesidades y los procesos sociales en la población, **constituye una gran innovación de este proyecto**.

En base a los consensos alcanzados tras un proceso de escucha activa, se han definido **propuestas** que buscan **inspirar políticas públicas** que contribuyan a **mejorar la salud en nuestro país** desde una **mirada de equidad en la atención primaria**.

Primero, se han definido propuestas dirigidas a mejorar la **coordinación socio-sanitaria y el acceso equitativo de la población más vulnerable a la atención primaria**.

La coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales es esencial para proporcionar a las personas una atención integral que tenga en consideración los determinantes sociales de la salud. Esto requiere la implementación de **canales de comunicación eficientes**, así como la **participación activa de organizaciones del Tercer Sector, asociaciones vecinales y organizaciones de pacientes**. En este sentido, la **figura del “conector comunitario”**, trabajando de la mano con

estos servicios y organizaciones, podría facilitar la tarea de **identificar y apoyar a los colectivos más vulnerables** (como por ejemplo, parte de la población inmigrante, la población gitana, las personas con discapacidades, entre otros). Además, la **creación de un historial social y sanitario único del ciudadano**, que integre tanto sus datos clínicos como los determinantes sociales, junto con la **digitalización y la interoperabilidad de los sistemas de información**, puede **mejorar la eficiencia de la atención sanitaria**. La capacitación en salud digital y accesibilidad cognitiva también es necesaria para asegurar una atención inclusiva y accesible para todos los ciudadanos, eliminando barreras que impidan el acceso equitativo a la atención primaria.

En **segundo** lugar, se han definido propuestas para **abordar los retos en relación a los recursos de atención primaria en áreas de elevada vulnerabilidad social**. Por un lado, la **asignación equitativa de recursos en atención primaria** debe ir más allá del tamaño poblacional y la dispersión geográfica, **considerando la demanda real e intensidad asistencial, especialmente en áreas de alta vulnerabilidad social**. Es necesario reformular las métricas de asignación basándose en datos actualizados de las 17 comunidades autónomas para asegurar una distribución eficiente y proporcional de recursos, tanto humanos como económicos. A su vez, deben **implementarse incentivos claros para atraer y retener profesionales en estas zonas vulnerables**, donde la presión asistencial es alta y la flexibilidad horaria de la población es especialmente limitada. Por otro lado, es **crucial ampliar el rol de otros profesionales sanitarios y no sanitarios para complementar al médico de familia y la enfermería**, redistribuyendo tareas y optimizando la atención.

Finalmente, se deben **fomentar metodologías colaborativas y guías de trabajo que integren los determinantes sociales de la salud**, mejorando la coordinación y calidad asistencial en el ámbito sociosanitario.

En **tercer** lugar, se han definido propuestas para **la promoción de la salud y actividades preventivas desde una perspectiva comunitaria**. Es fundamental **recuperar la función del centro de atención primaria como espacios de promoción de la salud donde operan redes de apoyo y cuidado**. Para ello, se debería **integrar en mayor medida a los profesionales de atención primaria en actividades comunitarias** que les permitan conocer mejor las condiciones socioeconómicas de sus pacientes y adaptar la atención que prestan. Además, se propone **fomentar el acceso a entornos que favorezcan los hábitos saludables, acceso a una alimentación adecuada, ejercicio físico y bienestar emocional desde la infancia**. Se requiere el impulso de programas de sensibilización y educación en salud, involucrando a escuelas, universidades y entornos laborales, especialmente en áreas vulnerables. También es esencial fortalecer y desarrollar los **Consejos de Salud de Zona** y las **Escuelas de Pacientes y Cuidadores**, con el fin de fomentar una mayor participación ciudadana y la adopción de estilos de vida saludables. También se propone **ampliar el uso de herramientas preventivas**, como la receta deportiva, involucrando a educadores físico-deportivos en la promoción

de la salud desde la atención primaria. Estas acciones buscan **mejorar una red de apoyo comunitario que mejore la salud y calidad de vida de la población**, especialmente en las áreas más vulnerables.

Y en **cuarto** lugar, se han definido propuestas para mejorar la **atención de las enfermedades no transmisibles y la prevención secundaria en poblaciones vulnerables**. En este sentido, se considera que el **Sistema Nacional de Salud debería reorientar su enfoque hacia la atención de la cronicidad**, reforzando el **seguimiento y la continuidad asistencial de los pacientes crónicos** mediante **Unidades de Apoyo y Enlace multidisciplinares en atención primaria**, coordinadas con la atención hospitalaria, para detectar y **responder mejor a las necesidades clínicas, sociales y de salud mental** de los pacientes, especialmente en población vulnerable. La **telemedicina, como herramienta complementaria**, podría facilitar el **seguimiento personalizado y proactivo de los pacientes**, evitando hospitalizaciones o desplazamientos innecesarios. Asimismo, es crucial **garantizar el acceso a fármacos innovadores desde la atención primaria**, ya que actualmente la mayor parte de la innovación terapéutica sólo está disponible en la atención hospitalaria, y reforzar los recursos para la prevención secundaria en poblaciones vulnerables, donde los determinantes sociales de la salud agravan la prevalencia de enfermedades no transmisibles. Finalmente, programas como el **Paciente Experto y las asociaciones de pacientes juegan un rol clave en la educación, el apoyo y la sensibilización**, por lo que es fundamental **impulsar su desarrollo**, así como **mejorar la comunicación con los servicios sanitarios** para fomentar una atención más colaborativa y centrada en el paciente.

« Recuperar la función del centro de atención primaria como espacios de promoción de la salud donde operan redes de apoyo y cuidado. »

Durante los últimos años **se ha trabajado y analizado en profundidad** en diferentes foros, documentos e informes la **situación de la atención primaria y la necesidad de reformar esta pieza fundamental del Sistema Nacional de Salud (SNS) en España.**

Por otro lado, el **concepto de los determinantes sociales de la salud y la necesidad de tener un enfoque de equidad** en la atención sanitaria también ha ido permeando en diferentes análisis y dossiers relacionados con el SNS. **Sin embargo, la relación entre los determinantes sociales de la salud y la atención primaria ha**

sido menos estudiada como el objetivo principal de estos análisis previos.

En la última década, las **desigualdades en salud se han agravado**⁸, en parte por las desigualdades sociales generadas por las **sucesivas crisis económicas**. A esto se suman **los desafíos actuales de nuestro sistema sanitario**, como el envejecimiento de la población y las comorbilidades asociadas, el incremento de enfermedades no transmisibles y de problemas relacionados con la salud mental, la escasez de profesionales, la brecha tecnológica, y la coordinación entre los diferentes niveles de atención.

La atención primaria y su valor para el Sistema Nacional de Salud

La **atención primaria en España** es el **nivel básico de atención sanitaria** que presta un conjunto de servicios dirigidos a **resolver las necesidades de salud más frecuentes de las personas y la comunidad en su conjunto**. Estos servicios comprenden **actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud**, y son llevadas a cabo por **equipos interdisciplinarios**. También puede integrar otros servicios como la **rehabilitación física y el trabajo social**. A nivel nacional, la asistencia que presta se articula a través de más de 13.000 centros de salud, que atienden 360 millones de visitas y 29 millones de urgencias al año, según el Ministerio de Sanidad⁸. Por ello, **constituye uno de los pilares fundamentales de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS).**

En la **atención primaria se resuelven el 90% de las consultas sobre la salud de los pacientes**², y la evidencia avala que el **desarrollo de una atención primaria con las características adecuadas (accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y coordinación)** se asocia con menores costes, mayor satisfacción de la población y mejores niveles de salud².

« En la última década, las desigualdades en salud se han agravado. »

La **accesibilidad** implica garantizar el acceso adecuado y sin barreras a los servicios, priorizando la cercanía y prontitud de la atención, adecuada en tiempo, forma y coste. La **longitudinalidad** se refiere a la continuidad de la atención por parte de un mismo médico de familia a lo largo de la vida del paciente. La integralidad exige una atención biopsicosocial completa y de calidad. Asimismo, debe cumplir un papel de coordinación, es decir, ser referencia para el paciente, coordinando los contactos o las decisiones con otras especialidades, niveles asistenciales y entidades sociosanitarias.

El **fortalecimiento de los equipos y centros de primaria con consultas de diferentes disciplinas y servicios de urgencias integrados** en el propio centro **contribuyen a un sistema sanitario nacional más eficiente**. De hecho, **los sistemas sanitarios orientados a una atención primaria, presentan mejores resultados globales en salud, menores costes y son más equitativos** en la distribución de los recursos y resultados en salud².

La **Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda** implementar **sistemas de salud** basados en una **atención primaria de calidad y universal**.

Los determinantes sociales de la salud en la población más vulnerable

En 2008 se constituyó, a petición de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Política Social, la **Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España** con el cometido de elaborar una propuesta de medidas de intervención en los determinantes sociales de la salud, ordenando las recomendaciones por áreas y prioridad. La comisión **adoptó un marco conceptual** (Figura 1) partiendo de otros estudios previos nacionales e internacionales que **distingue entre determinantes estructurales e intermedios** de las desigualdades en salud.

Los **estructurales** incluyen el contexto socioeconómico y político, que se refiere a los factores que afectan de manera importante a la “estratificación social” y la “distribución de poder” y recursos¹⁰. Los **ejes de desigualdad** (la clase social, el sexo y género, la edad, la etnia, y el territorio de procedencia o de residencia), determinan “jerarquías de poder” en la sociedad que repercuten en las **oportunidades de**

tener una buena salud a través de la exposición a los determinantes intermedios¹⁰.

Estos **determinantes intermedios** incluyen **los recursos materiales**; condiciones de empleo (situación laboral, precariedad) y trabajo (riesgos físicos y ergonómicos, organización y entorno psicosocial), la carga de trabajo no remunerado del hogar y de cuidado de las personas, el nivel de ingresos y la situación económica y patrimonial, la calidad de la vivienda y sus equipamientos, y el barrio o área de residencia y sus características¹⁰.

Finalmente, aunque los **servicios sanitarios** en sí mismos no constituyen el factor principal de generación de las desigualdades en salud, **pueden tener un efecto tanto multiplicador como amortiguador de la desigualdad**, dependiendo de si su **acceso, utilización y calidad son menores, iguales o mayores (a igual necesidad) para los grupos sociales más vulnerables**¹⁰.

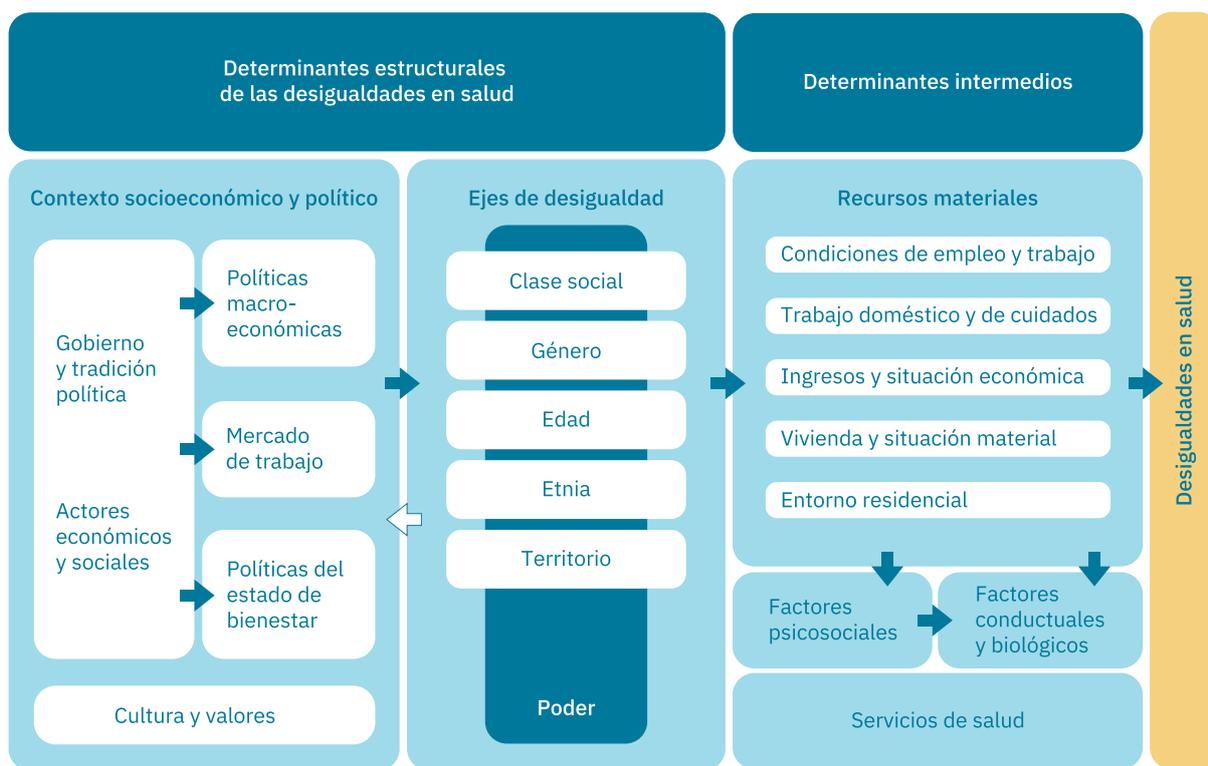


Figura 1. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para reducir las desigualdades sociales en España (2010)¹⁰

Los **determinantes sociales de la salud** son, por tanto, las circunstancias sociales, culturales, políticas, económicas y ambientales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen¹. Estos determinantes **se distribuyen de manera desigual en la población**, y por tanto, **generan grandes desigualdades en salud**²⁻⁴, que se establecen en un **gradiente social de la salud y la enfermedad**, presente en todos los niveles y todas las patologías y causas de muerte⁵⁻⁶.

« Los determinantes sociales de la salud [...] generan grandes desigualdades. »

3. ¿Por qué es necesario reforzar la atención primaria en zonas de mayor vulnerabilidad social?

Las desigualdades en salud y la situación de la atención primaria en España

El incremento de las desigualdades sociales en nuestro país, se traducen en una creciente desigualdad en la salud de la población española⁸.

Las inequidades en la salud se observan notablemente en función de la etnia (por ejemplo, población gitana o personas migrantes), quienes enfrentan mayores obstáculos para acceder a servicios sanitarios adecuados, en comparación con la población general⁸. Diversos estudios sobre los determinantes sociales de la salud en España han determinado también que la población rural presenta peores resultados en salud que en las zonas urbanas, debido a la menor disponibilidad y accesibilidad de servicios sanitarios y recursos médicos⁸.

En relación al sexo, las mujeres tienden a reportar peor salud percibida y peor salud mental, influenciadas por factores adicionales como la edad y la situación socioeconómica⁸. Por otra parte, las personas con un bajo nivel educativo pre-

sentan resultados más bajos en salud y un mayor riesgo de enfermedades no transmisibles y prematuras⁸.

Asimismo, el estatus socioeconómico de las personas es un determinante social clave: las personas con menor renta tienden a demandar más servicios de atención primaria, al ser más accesibles que otros niveles de atención⁸. También presentan una mayor incidencia y mortalidad atribuible a las enfermedades más prevalentes en nuestras sociedades; que son las enfermedades no transmisibles, como las cardiovasculares o las oncológicas⁸. Las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo son las que necesitan de un mayor número de consultas y recursos en atención primaria. Y en España ya conocemos las desigualdades sociales asociadas a dichas enfermedades, como las cardiovasculares¹¹ y sus factores de riesgo como la hipertensión¹², el tabaquismo, la hipercolesterolemia y la diabetes, entre otros¹³.





Adicionalmente, en un contexto de cambio climático y de elevada contaminación ambiental, en especial en **zonas urbanas con mayor vulnerabilidad social**; los **factores como la contaminación aérea** o las **altas temperaturas influyen de manera cada vez más desigual y acuciante en el estado de salud**¹⁴ y en la aparición e impacto de las enfermedades crónicas¹⁵.

Estas disparidades reflejan la necesidad de políticas y programas que aborden los determinantes sociales y mejoren el acceso a los servicios de salud para todos los grupos de la población. No obstante, en la actualidad nos enfrentamos a un **deterioro de los servicios sanitarios**, caracterizado por una **falta de recursos humanos e infraestructuras, empezando por la atención primaria**, así como una **mayor presión asistencial** (medida como la media de pacientes atendidos al día por médico

de familia)¹⁶ en todo el país, que **derivan en largas listas de espera y en peores resultados en salud**.

Desde **2002**, año en el que culminó la descentralización sanitaria, el **gasto en Atención Primaria ha permanecido prácticamente constante**, mientras que el gasto en servicios hospitalarios ha aumentado de forma sostenida. La **media nacional del gasto en atención primaria sobre el gasto sanitario público es del 14,1%**, frente al 60,7% destinado a los servicios hospitalarios y especializados¹⁷. Además, **existen diferencias sustanciales entre comunidades autónomas**, donde el gasto en atención primaria oscila desde el 10,8% al 17,5%¹⁷. Al mismo tiempo **la recomendación de la OMS de porcentaje de gasto en los servicios de Atención Primaria es del 25%**¹⁸, primando en todo momento la eficiencia en el gasto sanitario.

Además, **España sufre una clara brecha territorial en la inversión y presión asistencial de su atención primaria.**

Se divide, por un lado, en una mitad noroeste más descongestionada (coincidiendo con mayores niveles de renta y gasto público sanitario por habitante¹⁷), y por otro lado, la mitad sur (con menor renta y gasto¹⁷) que presenta una mayor presión asistencial en la atención primaria¹⁶. **Las zonas de alta presión asistencial se caracterizan por contar con condiciones socioeconómicas más desfavorecidas en términos de renta, nivel educativo y situación laboral¹⁶.**

Estos retos ya son percibidos por los ciudadanos. Los datos del **Barómetro Sanitario del CIS** señalan que **la valoración de la atención primaria ha disminuido en los últimos años**, con una satisfacción media que ha bajado de 7,38 a 6,34 en la última década¹⁹.

En este contexto, en **2023**, la **OMS en la Región Europea** realizó un **informe técnico²⁰** sobre la **transformación de la Atención Primaria en España**. Este estudio de caso tenía dos objetivos generales: primero, informar y apoyar el diálogo entre los actores del sistema de salud español sobre cómo avanzar y fortalecer la atención primaria; y segundo, ofrecer una visión global del modelo de atención primaria en España a una audiencia internacional.

El **modelo de atención primaria de España destaca por ser un modelo único en Europa y en el mundo**, con un altísimo nivel de implantación en nuestra sociedad. El mencionado informe analizó una serie de **retos y oportunidades** para elevar la confianza y valoración de la ciudadanía y mejorar el prestigio y valor de nuestro sistema que fueron: la **integración de los niveles asistenciales**, la **suficiente financiación**, el **desarrollo y formación de su fuerza laboral** y la **investigación basada en atención primaria²⁰**.

Los determinantes sociales y desigualdades de las enfermedades no transmisibles: el ejemplo de las enfermedades cardiovasculares

Las **enfermedades cardiovasculares**, junto con las enfermedades **oncológicas**, la **diabetes** y la **enfermedad pulmonar obstructiva crónica**, constituyen las llamadas actualmente **enfermedades no transmisibles** (previamente llamadas crónicas). Estas enfermedades son las **más prevalentes en España** y en el mundo, y también son las que **llevan asociadas una mayor carga de mortalidad**.

Particularmente, las **enfermedades cardiovasculares** fueron la **primera causa de muerte en España en 2022**: fueron responsables de **más 120.000 fallecimientos en 2022**, un 26% del total de fallecimientos atribuibles a enfermedades no

« **Las enfermedades cardiovasculares fueron la primera causa de muerte en España en 2022.** »

transmisibles, siendo el **52,9% en mujeres** y **47% en hombres²¹**. Estas patologías **tienen una serie de factores de riesgo** como la hipercolesterolemia (niveles elevados de colesterol en sangre), la diabetes, la hipertensión, la obesidad y el tabaquismo que **presentan un claro gradiente social marcado por los determinantes sociales** previamente mencionados.

En un **estudio** publicado en 2020, se **analizaron las desigualdades sociales en factores de riesgo cardiovascular en hombres y mujeres por comunidad autónoma** con una muestra de 20.406 personas de 18 años o más que participaron en la Encuesta Nacional de Salud de 2017 utilizando la clase social ocupacional y medidas autorreportadas de factores de riesgo cardiovascular. Los **índices de desigualdad fueron más altos para la diabetes, la obesidad y el tabaquismo**, seguidos de la hipertensión y la hipercolesterolemia. Por ejemplo, las **personas de clase social más baja presentaron un 2% más de hipercolesterolemia, un 13% más de diabetes, un 6% más de hipertensión, un 17% más de obesidad y un 9% más de tabaquismo que las de clase social más alta**. Asimismo, las **desigualdades por clase social ocupacional, en diabetes, hipertensión y obesidad fueron más altas en las mujeres**. Este estudio también observó una **alta heterogeneidad en las desigualdades por comunidades autónomas** lo que hace todavía más complejo el análisis de las inequidades en las enfermedades cardiovasculares en nuestro país¹³.

Este mismo año se ha publicado, en la mejor revista científica europea de prevención cardiovascular, un **estudio poblacional realizado en Alemania** con más de 15 mil personas adultas seguidas durante 10 años sobre las desigualdades sociales y la incidencia y mortalidad cardiovascular. El análisis mostró que **un nivel socioeconómico bajo** (en comparación con uno alto) **se asoció con un 19% más de**

probabilidades de enfermedad cardiovascular prevalente. En el **seguimiento a los 10 años**, el nivel socioeconómico bajo se **asoció con un riesgo 68% mayor de enfermedad cardiovascular incidente** así como con un **86% más de mortalidad** por todas las causas²².

En definitiva, el **conocimiento científico nacional e internacional tiene un consenso claro de cómo las personas que viven en entornos más desfavorecidos, que tienen peores condiciones de vivienda y laborales, son más vulnerables a los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares**. Además estas personas presentan estas condiciones a edades más tempranas.

Sin embargo, en España, **el estudio y conocimiento de las desigualdades en las enfermedades cardiovasculares es hasta ahora un área de investigación minoritaria**. Una revisión de la literatura española sobre 30 años de epidemiología cardiovascular analizó en profundidad más de 300 artículos científicos con respecto a la calidad de los datos utilizados, la representatividad de las poblaciones de estudio y la posible traslación de los resultados en intervenciones preventivas. De los artículos revisados sólo 12 incluyeron análisis de factores sociales o psicosociales y ninguno de ellos informaba sobre posibles actividades preventivas al respecto, calidad de los datos, representatividad y traducción de los resultados en intervenciones preventivas²³.



El gradiente social de la enfermedad cardiovascular, como todas las no transmisibles, necesita de mejores datos y análisis para trasladar ese conocimiento a su prevención y la reducción de sus desigualdades. Esta evidencia científica es clave para mejorar la salud y el bienestar de un porcentaje altísimo de la población española que ya sufre estas condiciones.

En la **atención primaria las enfermedades cardiovasculares, y sus principales factores de riesgo**, ocupan gran parte de la **actividad diaria en todas las áreas y servicios**, y se prevé que siga aumentando debido al **envejecimiento de la población española**, que es **de los más altos de Europa y del mundo**. En España, el 39,9% de

las personas mayores de 50 años conviven con dos o más enfermedades crónicas²⁴, lo que se conoce como **multimorbilidad**. Dicha cifra se incrementó en un punto porcentual entre 2006 y 2015²⁴. Esto implica un **creciente desafío para nuestro sistema sanitario**, ya que conlleva un mayor uso de los servicios de atención primaria por parte de las personas mayores, un deterioro de la salud autopercebida y de la calidad de vida general²⁴.

Por todo ello, concluimos que **abordar las desigualdades en salud desde la atención primaria y promover la equidad** contribuiría a una **mejor atención de las enfermedades cardiovasculares**, así como de **otras enfermedades no transmisibles**.



4. Propuestas para transformar la atención primaria en España desde una mirada de equidad

Metodología del proceso

El **Comité para la Equidad en Atención Primaria** es un grupo multidisciplinar de **representantes de sociedades científicas, organizaciones sociales, asociaciones de pacientes, consejos profesionales, profesionales de atención primaria y científicos sociales**, creado con la finalidad de **compartir una reflexión estratégica** sobre los retos de la atención primaria desde una perspectiva de los determinantes sociales de salud y definir las propuestas que contribuyan a fortalecer el sistema y promover la equidad en la salud.

Sumamos como **supervisor académico** a **Manuel Franco, epidemiólogo social y cardiovascular**, investigador en las Universidades de Alcalá y Johns Hopkins (Estados Unidos), **referente en el estudio de la salud pública y los determinantes sociales de la salud**, especialmente en el entorno urbano. Manuel Franco ha sido el encargado de garantizar la adecuación a la evidencia científica a lo largo de este trabajo.

Este proyecto se ha desarrollado en base a una **metodología de aprendizaje activo y participativo**. Durante **tres sesiones**,

iniciadas por una **formación y definición del marco teórico** por parte de **Manuel Franco**, se plantearon una serie de **preguntas para guiar la conversación entre los participantes** situados en **grupos de trabajo**. En las sesiones participaron más de 30 personas, y en cada mesa estuvieron siempre presentes al menos un representante de una sociedad científica, de una organización social o asociación de pacientes, un profesional de un colegio oficial o de atención primaria y un científico social. **Los participantes compartieron sus prioridades a través de respuesta espontánea, y mediante el diálogo cada mesa acordó una visión conjunta** llegando a consensos, que más tarde compartieron con las demás mesas para generar sinergias.

De estos acuerdos surgen las **propuestas presentes en este informe para inspirar políticas públicas que refuercen la atención primaria en las zonas de mayor vulnerabilidad social**, teniendo en consideración la perspectiva de los **determinantes sociales de la salud**.

Resultados del proceso: las propuestas

A continuación, listamos las **propuestas** acordadas, que clasificamos en **cuatro ámbitos estratégicos de actuación**:

1. La coordinación sociosanitaria y el acceso equitativo de la población más vulnerable a la atención primaria.

2. Los recursos de atención primaria en áreas de elevada vulnerabilidad social en poblaciones vulnerables.

3. La promoción de la salud y actividades preventivas desde una perspectiva comunitaria.

4. La atención de las enfermedades no transmisibles y la prevención secundaria en poblaciones vulnerables.

1. La coordinación sociosanitaria y el acceso equitativo de la población más vulnerable a la atención primaria

1.1. La **coordinación sociosanitaria**, entendida como la coordinación entre la red pública de salud y la red pública de servicios sociales, es de **máxima importancia** para garantizar una **atención integral de las necesidades sanitarias, pero también psicosociales, del paciente**. Para que sea eficaz se requieren **más canales de comunicación, protocolos y espacios** en todas las comunidades autónomas, donde los **profesionales de atención primaria y los servicios sociales trabajen conjuntamente**.

Esta coordinación debe implicar también a las **organizaciones del Tercer Sector**, que cuentan con profesionales con conocimiento especializado y una experiencia destacada en el trato directo e intervención en población vulnerable. Además, las **asociaciones de pacientes y asociaciones vecinales**, cuentan con conocimiento sobre los problemas y necesidades de los pacientes y la comunidad, respectivamente. Estas organizaciones son espacios de referencia para la población de mayor vulnerabilidad social, y pueden constituir un puente a los servicios de atención primaria.

1.2. En esta tarea puede resultar muy útil la **figura del “conector comunitario”**, un profesional que trabaje de manera coordinada con la atención primaria, los servicios sociales y las organizaciones sin ánimo de lucro implantadas en el territorio. Este profesional reforzaría la **identificación de las personas más vulnerables, creando relaciones basadas en la confianza y ofreciendo una guía e información de calidad** sobre los recursos que estas personas tienen a su disposición para atender su salud.

1.3. El **conocimiento de los determinantes sociales de la población** por parte de los servicios sanitarios y sociales es fundamental para poder **adecuar la atención y el tratamiento** teniendo en cuenta cómo estos condicionan la salud de las personas.

Esto podría facilitarse con la creación de un **historial social y sanitario del ciudadano** que integre **información en relación con las condiciones socioeconómicas** (como niveles de renta, educación, lugar de residencia, etc.) así como el **historial clínico e indicadores de salud** (como la hipertensión, diabetes, obesidad, etc.). Con la autorización del ciudadano, garantizando sus derechos en la protección de datos, cada **historial sería compartido** entre **profesionales de los servicios sociales y la atención primaria**.

1.4. La **digitalización** debe contribuir a **mejorar la comunicación y coordinación entre los servicios sociales y sanitarios**. También es necesaria una mayor coordinación entre la **atención primaria y la hospitalaria** mediante la **facilitación del acceso a los datos sanitarios de pacientes, pero también la gestión de los recursos**. Asimismo, se debe promover la interoperabilidad entre los sistemas de información de los servicios sociales, centros de salud y hospitales, también entre comunidades autónomas, para evitar duplicidades y agilizar el proceso

asistencial, ganando en eficiencia y eficacia en el conjunto del SNS.

Adicionalmente, es crucial **garantizar la capacitación en la salud digital**, dirigida a profesionales de atención primaria y a la **población general**, pero también **asegurar la accesibilidad de las herramientas digitales** para evitar nuevas **barreras de acceso a la atención primaria**.

1.5. Finalmente, se reconoce la necesidad de **proveer de formación continua en accesibilidad cognitiva y del lenguaje para el personal sanitario**, con el objetivo de **mejorar la comunicación bidireccional con los pacientes**, especialmente las **personas migrantes que no hablan la lengua oficial** o personas con **discapacidad intelectual**. Esta for-

mación debe incluir los determinantes sociales de las personas con discapacidad y buenas prácticas para mejorar la prevención, la asistencia, el diagnóstico y la adecuación terapéutica. Además, se podría **integrar estos contenidos en los planes de estudio de todas las especialidades médicas** para asegurar una atención sanitaria inclusiva y equitativa.

2. Los recursos de atención primaria en áreas de elevada vulnerabilidad social

2.1. La **asignación de recursos sanitarios** que corresponde a la atención primaria considera como **variables relevantes** el tamaño de la población, su composición por grupos de edad y su dispersión en cada zona básica de salud. Este método es **insuficiente para garantizar la equidad en el acceso**. Por ello, se deberían **reformular las métricas para asignar los recursos de atención primaria** atendiendo a la **demanda de los servicios y la intensidad de la atención sanitaria**. En las áreas de **alta vulnera-**

bilidad social la demanda e intensidad suele ser mayor (como ya se ha justificado en apartados anteriores de este informe). Para ello, se necesita **identificar qué variables influyen en la demanda y cuál es su peso, con datos de las 17 comunidades autónomas**, e incorporarlas en las fórmulas de asignación de recursos para **habilitar los recursos** (infraestructura, recursos humanos, recursos económicos, etc.) **de manera más eficiente y proporcional a las necesidades de cada zona.**

2.2. Cada vez es menor la **permanencia de los profesionales en la atención primaria**, en especial en las áreas de alta vulnerabilidad social, que coinciden con una elevada presión asistencial. También **se están reduciendo turnos de tarde**. Esto tiene implicaciones para las personas vulnerables, ya que tienen menor flexibilidad para acudir al centro de atención primaria debido a sus propias condiciones laborales. **No existen claros incentivos para el personal de primaria para trabajar en estas áreas sanitarias** con equipos y recursos necesarios para garantizar una atención adecuada.

Por ello, instamos a implementar **con una mirada de equidad y una perspectiva de vulnerabilidad social, incentivos para atraer y retener profesionales de atención primaria** que trabajen en áreas debidamente identificadas. Adicionalmente, se podría evaluar el **límite de número de pacientes que un médico puede atender diariamente y por turno en estas zonas**, sin que afecte a la calidad asistencial, con el fin de aliviar la carga y mejorar las condiciones laborales. También se podría introducir un **esquema de compensaciones** para aquellos profesionales que ocupen puestos, tanto en las áreas de mayor vulnerabilidad social, como en los turnos de tarde. Estas mejoras están alineadas con diagnósticos anteriores, como por ejemplo el **Informe SESPAS 2024**.

2.3. Con el fin de lograr abarcar todas las funciones de la atención primaria, es crucial **reforzar la presencia y el rol de los profesionales de la atención primaria, dentro y fuera del centro de atención primaria**, tanto el médico de familia y los enfermeros, como los **farmacéuticos, psicólogos clínicos, fisioterapeutas, rehabilitadores, nutricionistas**, o profesionales no sanitarios como **trabajadores sociales o administrativos sanitarios**.

En este sentido, sería conveniente **ampliar la contratación o introducir estas figuras profesionales** teniendo en consideración las necesidades de cada zona. Asimismo, se podrían **redefinir sus ámbitos de actuación** para organizar de manera más eficiente los recursos:

- Facilitando que el **profesional administrativo sanitario** trabaje **directamente con el médico de atención primaria**, para que puedan **asumir de manera supervisada parte de las tareas administrativas** que debe completar el médico diariamente.
- **Reforzando las funciones de las enfermeras de atención primaria** para el pleno desarrollo de las competencias de las enfermeras especialistas en familiar y comunitaria, así como otras funciones de **prevención y promoción de la salud**, y de **coordinación de la atención** junto a otros profesionales de atención primaria.

2.4. También se deben **generar mecanismos** para una **mayor coordinación e intercambio de conocimiento** entre los **profesionales de atención primaria**. Para ello, se podrían mejorar las guías de trabajo, integrando metodologías colaborativas, **objetivos y resultados a obtener** para **optimizar la atención y el seguimiento del paciente**. También se deberían definir **buenas prácticas** sobre cómo integrar la perspectiva de los **determinantes sociales de la salud** en la atención socio sanitaria.

3. La promoción de la salud y actividades preventivas desde una perspectiva comunitaria

3.1. Es imprescindible **devolver al centro de atención primaria su función primordial**, que no es solo tratar enfermedades, sino también **potenciarlo como un espacio de promoción de la salud**, donde operan **redes de apoyo y cuidados**.

Para ello, se considera necesario **favorecer con mayor frecuencia el contacto de los profesionales de atención primaria** con sus pacientes en espacios fuera del centro de atención primaria, para que conozcan sus condiciones socio-económicas y puedan adaptar la atención que prestan. También se debe **facilitar la implicación de los profesionales en mayor medida en actividades divulgativas y en trabajos comunitarios y participativos**.

3.2. Debe fomentarse el **acceso a entornos de vida (barrios, pueblos, viviendas, espacios de trabajo, etc.) generadores de salud**, facilitando los recursos e infraestructura para la actividad física, favoreciendo el acceso a una alimentación saludable, garantizando el bienestar emocional y la calidad del sueño. Todo ello, desde edades tempranas.

Además, se debe promover una **cultura de la salud**, invirtiendo en **sensibilización y educación en salud desde un enfoque comunitario**. Esta educación en salud se puede llevar a cabo por diversos actores y en distintas esferas:

- Por un lado, por parte de los **profesionales de atención primaria** en el propio **centro de atención primaria**, pero también en **otros espacios comunitarios**, como por ejemplo, en agrupaciones vecinales, parques, mercados, entre otros. Esta actividad es especialmente relevante en población vulnerable para que conozcan los recursos disponibles para mejorar su salud atendiendo a sus condiciones de vida y contexto socioeconómico.

- Por otro lado, en las **instituciones educativas** (escuelas, institutos y universidades) los **docentes**, pero también **otros profesionales como monitores, las enfermeras escolares o enfermeras de atención primaria que acudan a dichas instituciones** podrían asumir **un rol más activo en la promoción de la nutrición saludable y de la práctica de actividad física** desde la infancia y adolescencia.
- En el **ámbito laboral**, reforzando las políticas de prevención y control de riesgos laborales para **introducir requisitos y buenas prácticas en términos de hábitos saludables**, además de la seguridad laboral.

3.3. Planteamos **impulsar los espacios de participación comunitaria en salud, como los Consejos de Salud de Zona**, órganos de participación ciudadana que implican representantes de las instituciones locales, los servicios sociales, la atención primaria y de asociaciones vecinales, entre otros, donde se tratan cuestiones de salud individual y comunitaria. Estas entidades permi-

ten reforzar la **red de salud pública en la comunidad** y generar espacios donde los ciudadanos definan y pongan en marcha actividades de educación para la salud e impulsen iniciativas que mejoren la atención y el nivel de salud de la población.

3.4. También instamos a **fortalecer y promover las Escuelas de Pacientes y Cuidadores**, como espacios de participación ciudadana que tienen el objetivo de **promover la adopción de hábitos y estilos de vida saludables y fomentar la corresponsabilidad de las personas en el cuidado de su salud**. Para ello, consideramos necesario destinar más recursos, aplicar una mirada de equidad en salud y facilitar la inclusión a personas de mayor vulnerabilidad social.

3.5. Consideramos que sería positivo **ampliar el alcance de las nuevas herramientas** que sirven para la **prevención de enfermedades**, pero también para promover la salud de las personas. Para ello, se podría promover que los **médicos de atención primaria puedan prescribir la actividad física de forma reglada** a través de la **receta deportiva** en todas las comunidades autónomas.

Asimismo, se debería **fomentar la colaboración desde la atención primaria con educadores físico-deportivos**, para llevar a cabo programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con personas sin patologías.

4. La atención de las enfermedades no transmisibles y la prevención secundaria en poblaciones vulnerables

4.1. En la actualidad, el SNS está principalmente enfocado en la atención del paciente agudo, y no se propicia un entorno óptimo para la atención de la cronicidad. Es necesario revertir esta tendencia, reforzando el **seguimiento y la continuidad asistencial de los pacientes crónicos** en los **centros de atención primaria**, con especial foco en las áreas con mayor vulnerabilidad social.

Una herramienta que contribuiría a ello sería ampliar la presencia de las **Unidades de Apoyo y Enlace** en la **atención primaria** formados por **equipos multidisciplinarios**, coordinados con la atención hospitalaria y encargados de mantener una relación bidireccional con el

paciente crónico. Con ello, se podría **detectar y dar una mejor respuesta socio-sanitaria**, así como **atender otras necesidades de salud mental, sociales** y en el **entorno familiar**. Asimismo, la **telemedicina** puede servir como una **herramienta complementaria a la atención directa del paciente**, que los profesionales de atención primaria pueden emplear para **localizar a los pacientes, realizar seguimiento de sus problemas y necesidades y ofrecer una atención personalizada**, de manera proactiva. Esto contribuiría, a su vez, a **prevenir ingresos hospitalarios o desplazamientos innecesarios al centro de atención primaria** del paciente crónico.

4.2. El **acceso a los fármacos innovadores** es fundamental para **atender las necesidades médicas no cubiertas y mejorar la calidad de vida de los pacientes** en general, y en especial, progresar en el tratamiento de las enfermedades no transmisibles. Es necesario **facilitar dicho acceso también desde la atención primaria**, puesto que la mayoría de la innovación terapéutica sólo es accesible actualmente desde la atención hospitalaria.

4.3. Es necesario **impulsar el liderazgo de la atención primaria en la prevención secundaria**, reforzando los recursos e infraestructuras para la **detección, diagnóstico y tratamiento precoz de enfermedades**, minimizando así las consecuencias graves, permitiendo un manejo eficaz desde etapas iniciales y mejorando la calidad de vida de los pacientes. En base a la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, **esta estrategia de prevención es particularmente relevante en población vulnerable** que presentan una **mayor prevalencia de enfermedades no transmisibles**, en especial, las cardiovasculares y sus factores de riesgo (como ya se ha justificado en apartados anteriores de este informe).

4.4. Las **asociaciones de pacientes son un aliado clave en el apoyo al paciente crónico**. Generalmente prestan servicios relacionados con la información y educación sanitaria, la sensibilización social, la rehabilitación, la asistencia social, el apoyo psicológico, el asesoramiento legal y la investigación, entre otros. Por tanto, es de vital importancia **ampliar las vías de participación de estas entidades**, así como **facilitar canales de comunicación con los servicios sanitarios** con el fin de promover una **cultura de atención más colaborativa**, donde se integre la visión de los pacientes.

4.5. Finalmente, se valora como una buena práctica los **programas del Paciente Experto**, un modelo de educación para la salud entre iguales para afrontar el manejo de la enfermedad no transmisible como una parte más del proceso asistencial, y por tanto consideramos que sería un área de mejora **dotar de mayor financiación a estos programas** para que puedan ampliarse a nivel nacional.

Conclusión

El **Comité para la Equidad en la Atención Primaria** es una **iniciativa única** en **España** que ha reunido a representantes de sociedades científicas, consejos profesionales, organizaciones sociales, asociaciones de pacientes, profesionales de atención primaria y científicos sociales, **ampliando el análisis tradicionalmente centrado en lo sanitario al incorporar la visión de actores** con amplio **conocimiento** en los **aspectos sociales que afectan la salud de la población**.

El **fortalecimiento de la atención primaria desde una mirada de equidad** implica **abordar los determinantes sociales** que impactan en los resultados de salud de las

personas. Asimismo, es necesario **implementar políticas públicas y herramientas que garanticen el acceso equitativo** a la atención primaria por parte de la población más vulnerable. **Solo así se podrán reducir las desigualdades en salud y mejorar el bienestar general de la población**.

La finalidad de este trabajo es **fomentar el debate y enriquecer la reflexión sobre la equidad en la atención primaria**. Se espera que las propuestas presentadas sirvan de base para **desarrollar soluciones desde una cercanía con la comunidad**, y que estas lleguen a las instituciones públicas para impulsar el cambio necesario.

Participantes del Comité para la Equidad en Atención Primaria

Alejandro López	Experto en servicios sociales	Consultor independiente
Álvaro Ferrer Blanco	Responsable de Innovación Social	Save the children
Carolina Ávila	Coordinadora del Área de Sanidad	CERMI Madrid
Clara Urbano	Técnica de Investigación e Incidencia	EAPN España
Cristina Tiemblo	Tesorera	Consejo General de Farmacéuticos
Guadalupe Fontán	Vocal	Consejo General de Enfermeros
Héctor Cebolla	Investigador	Instituto de Economía, Geografía y Demografía (IEGD) del CSIC
Iciar Fernández	Pediatra de Atención Primaria	Centro de Salud de Entrevías
Julia Quevedo Rivera	Vocal de comunicación	Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP)
Julia Ruiz Redondo	Coordinadora adjunta del grupo de trabajo de Salud Pública	Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)
Luis Torija	Vocal	Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid
Manuel Franco	Investigador Coordinador científico del Comité para la Equidad en Atención Primaria	Basque Centre for Climate Change Research BC3 Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health
Manuel García Goñi	Investigador colaborador	Asociación de Economía de la Salud
María José Abraham	Directora general	Fundación Edad y Vida
María José Iglesias Piñeiro	Médico de Atención Primaria	Centro de Salud José María Llanos
Patricia Moreno	Vicesecretaria General	Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid
Paula Chao Escuer	Vicepresidenta Tercera	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)
Paula González Peña	Miembro	Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA)
Pedro Carrascal	Director ejecutivo	Plataforma de Organizaciones de Pacientes
Quique Villalobos	Presidente	Federación Regional de Asociaciones Vecinales de Madrid (FRAVM)
Rosa Urbanos	Presidenta saliente	Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)
Silvia Sánchez	Directora de Estrategia y Desarrollo	Plena Inclusión Madrid
Tomás Fajardo	Presidente	Cardioalianza

1. Glosario de Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud, 2021. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/glosario/home.htm>
2. Starfield, B. (1994) 'Is primary care essential?', *The Lancet*, 344(8930), pp. 1129–1133. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3)
3. Guía metodológica para integrar la equidad en las estrategias, programas y actividades de la salud. Ministerio de Sanidad, 2011. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/actividadDeDesarrollo/guiaMetodologica.htm>
4. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Commission on Social Determinants of H. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372(9650):1661-9
5. Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. *Gaceta Sanitaria*. 2012;26(2):182-9. DOI: 10.1016/j.gaceta.2011.07.024
6. Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up part 1. University of Liverpool: WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health.
7. Solar O, Irwin A. (2007). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO. Commission on Social Determinants of Health.
8. Ruiz Álvarez M, et al. (2022). Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. *Revista Española de Salud Pública*. https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL96/REVISIONES/RS96C_202205041.pdf
9. Ministerio de Sanidad, Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria (2022-2023).
10. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España (2012). *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 182–189. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.024>
11. Cainzos-Achirica, M., et al. (2019). Individual income, mortality and healthcare resource use in patients with chronic heart failure living in a universal healthcare system: A population-based study in Catalonia, Spain. *International Journal of Cardiology*, 277, 250–257. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2018.10.099>
12. Regidor, E. (2006). Association of adult socioeconomic position with hypertension in older people. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(1), 74–80. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.038331>
13. Gullón, P., Díez, J., Cainzos-Achirica, M., Franco, M., & Bilal, U. (2021). Social inequities in cardiovascular risk factors in women and men by autonomous regions in Spain. *Gaceta sanitaria*, 35(4), 326–332. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.014>

- 14.** Salvador, C., Gullón, P., Franco, M., & Vicedo-Cabrera, A. M. (2023). Heat-related first cardiovascular event incidence in the city of Madrid (Spain): Vulnerability assessment by demographic, socioeconomic, and health indicators. *Environmental Research*, 226, 115698. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2023.115698>
- 15.** López-Bueno, J. A., Díaz, J., Sánchez-Guevara, C., Sánchez-Martínez, G., Franco, M., Gullón, P., Núñez Peiró, M., Valero, I., & Linares, C. (2020). The impact of heat waves on daily mortality in districts in Madrid: The effect of sociodemographic factors. *Environmental Research*, 190, 109993. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.109993>
- 16.** Cobreros, L.; Sunyer, C. (2023). El deterioro de la atención primaria: factores que explican la presión asistencial y propuestas para reducirla. *EsadeEcPol Policy Brief*, No.39, Esade. <http://doi.org/10.56269/20230523/LCB>
- 17.** Estadística de Gasto Sanitario Público (2021), Ministerio de Sanidad. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
- 18.** Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report: executive summary. Geneva: World Health Organization; 2019(WHO/HIS/HGF/19.1) <https://www.who.int/docs/default-source/documents/2019-uhc-report.pdf>
- 19.** Barómetro sanitario (2024). Centro de Investigaciones Sociológicas. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2024/BS_2024_2a_oleada/Marginales_2a_oleada_Es3470_def.pdf
- 20.** Primary health care transformation in Spain: current challenges and opportunities: primary health care policy paper series. World Health Organization Region of Europe; 2023(WHO/EURO:2023-8071-47839-70649)
- 21.** Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2022. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_2022_d.pdf
- 22.** Hahad, O., Gilan, D. A., Chalabi, J., Al-Kindi, S., Schuster, A. K., Wicke, F., Büttner, M., Tüscher, O., Lackner, K. J., Galle, P. R., Konstantinides, S., Daiber, A., Wild, P. S., & Münzel, T. (2023). Cumulative social disadvantage and cardiovascular disease burden and mortality. *European Journal of Preventive Cardiology*, 31(1), 40–48. <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwad264>
- 23.** Franco, M. et al. (2013) Systematic review of three decades of Spanish cardiovascular epidemiology: Improving translation for a future of prevention, OUP Academic. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2047487312455314>
- 24.** Palladino, R., Pennino, F., Finbarr, M., Millett, C., & Triassi, M. (2019). Multimorbidity And Health Outcomes In Older Adults In Ten European Health Systems, 2006-15. *Health affairs (Project Hope)*, 38(4), 613–623. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05273>

Hacia la Equidad en Salud: propuestas para transformar la atención primaria en España

Elaborado por:
Comité para la Equidad en Atención Primaria

Secretaría técnica:

beBartlet
—
incidencia
pública

Con la colaboración de:

 **NOVARTIS**