



Miscelánea no clínica: los sistemas sanitarios son parte de los determinantes sociales. De Canadá a Grecia, pasando por Estados Unidos

Juan Gérvas

Doctor en Medicina. Médico general jubilado. Equipo CESCA. Madrid.

Mercedes Pérez-Fernández

Especialista en Medicina Interna. Médico general jubilada. Equipo CESCA. Madrid.

Los médicos tendemos a considerarnos muy importantes, y en verdad lo somos. Es decir, lo somos si trabajamos apropiadamente y si ofrecemos los cuidados que precisan quienes los necesitan. Para decirlo correctamente, los médicos somos importantes cuando ofrecemos el 100% de lo que se precisa y cuando no ofrecemos el 100% de lo que no se necesita. Esta doble visión, de ofrecer todo lo que se precisa y nada de lo que no se precisa, pone en su sitio a la atención sanitaria. Por ejemplo, no se trata de ofrecer más a los pobres, que suelen necesitar más servicios sanitarios por tener peor salud, sino de ofrecer exactamente lo que precisan. Tan tóxico es no tener acceso a los cuidados médicos como recibirlos en exceso. El ajuste de la calidad a la necesidad exige médicos con excelente formación, comprometidos con la profesión, los pacientes y las comunidades, y con capacidad de análisis de su propia actividad y de los determinantes sociales en general. Estos profesionales no sobreabundan, lamentablemente.

En lo que sigue, repasamos diez trabajos publicados a lo largo del último año con la idea de que el lector lea los comentarios «en el espejo», es decir, tratando de responder a la pregunta: ¿qué quiere decir esto en mi propia práctica, en mi población, en mi comunidad autónoma y en España? Pueden parecer lejanos los problemas de discriminación en Estados Unidos, con sus negros, pero entre nosotros es bien cercano el problema con los gitanos y con otras «minorías», como prostitutas, drogadictos, presos, ancianos pobres reclusos en su domicilio en solitario, desempleados, niños en familias pobres, vagabundos, pacientes con esquizofrenia, discapacitados, familias monoparentales y demás. Estos colectivos terminan formando casi una mayoría, pero poco a poco se está instalando entre nosotros la idea de la desigualdad «natural», en el sentido de que siempre hay oportunidades para salir de la pobreza y que su mala salud es consecuencia de sus «estilos de vida». Esta concepción es un insulto a la inteligencia y a la dignidad de los pacientes de

las minorías, que sufren «condiciones de vida» que no eligen. El énfasis en los «estilos de vida» y en la «autonomía del paciente» es ideológico, fruto de una visión neoliberal estadounidense que en la economía ha llevado a la crisis financiera y social que vivimos en todo el mundo, pero en Europa más por su rígida aplicación a través del poder de la derecha conservadora en Alemania.

Nada es ajeno al médico de cabecera. Vale la pena leer los diez textos que revisamos y recomendamos.

> 1

EL SISTEMA SANITARIO DE CANADÁ, FRAGMENTADO PERO DE CALIDAD

Pregunta

¿Cómo es el sistema sanitario en Canadá?

Respuesta

Es un sistema sanitario público de cobertura universal, muy descentralizado.

Resumen del artículo

Lewis S. A system in name only. Access, variation and reform in Canada's provinces. *N Engl J Med.* 2015;372:497-500.

Contexto y resultados: Canadá tiene unos 35 millones de habitantes entre los que se incluyen los descendientes de los indios que sobrevivieron a la «conquista» y los descendientes de los conquistadores ingleses y franceses. Políticamente, tiene 13 provincias y territorios, siendo claves Ontario, Quebec, Colombia Británica y Alberta. En sanidad tiene un sistema público de cobertura universal que ofrece Atención Primaria (AP) a través de médicos generales-de familia que son profesionales independien-

tes, en práctica privada. Los médicos (especialistas focales y de familia) reciben su remuneración a través de la presentación de las facturas correspondientes al sistema sanitario, excepto en las provincias de Ontario, donde se ha implantado el pago por capitación y también se han desarrollado centros de salud con médicos pagados por salario para facilitar el acceso comunitario.

Canadá tiene, pues, un sistema público, pero es público solo el 70% del gasto en salud. El sistema está muy descentralizado, ya que son las provincias las que prestan y financian los servicios (el gobierno central cubre el 20% de los presupuestos provinciales). La provincia que ha liderado casi toda la innovación en aseguramiento ha sido la de Saskatchewan. El sistema se centra en exceso en hospitales y médicos, con cobertura muy dispar en aspectos sociales. La cobertura de los medicamentos es muy variable, según provincias, pero, en el conjunto nacional, la mitad del gasto farmacéutico depende de los pacientes.

Comentario

La provincia de Saskatchewan tiene apenas un millón de habitantes y es «el Canadá profundo», donde el invierno es crudo como en ningún lugar. El médico de cabecera tiene que atender incluso urgencias quirúrgicas tipo cesáreas y apendicectomías (y se le forma y entrena para ello, además de contar con recursos suficientes), dado el aislamiento por la nieve y el hielo. En la provincia de Saskatchewan se desarrollaron experiencias pioneras en AP antes de la Segunda Guerra Mundial y desde entonces se promovió el establecimiento de un sistema sanitario de cobertura universal. En la actualidad, Canadá es un país «civilizado» que ofrece acceso público a servicios sanitarios muy variados, pero que dependen en mucho de la provincia en que se viva.

> 2 CANADÁ Y SU SECTOR DE ASEGURAMIENTO PRIVADO EN SALUD

Pregunta

¿Existe en Canadá un sector de seguros privados y, si existe, cuán eficiente es?

Respuesta

Existe un fuerte sector de seguros privados, y es muy poco eficiente (comparado con el sector público).

Resumen del artículo

Law MR, Kratzd J, Dhalla IF. The increasing inefficiency of private health insurance in Canada. CMAJ. 2014;186(12):E470-4.

Contexto y resultados: El sistema sanitario canadiense es público y de cobertura universal, pero también florece un sector privado que básicamente se centra en la provisión de atención dental y oftalmológica, y en el pago complementario de los medicamentos. En total representa el 12% del gasto sanitario total y cubre al 60% de los canadienses, generalmente a través de acuerdos de sus empresas. El sector privado ha sido siempre muy ineficiente, en el sentido de gastar mucho en administración, en torno a diez veces más que el sector público. Los autores se preguntan si se ha controlado tal despilfarro a lo largo de los años y para eso consideran la diferencia entre lo que ingresan por primas las compañías aseguradoras y los beneficios que pagan a los accionistas. Con los años, la diferencia se ha incrementado, y demuestran que ello se debe al aumento de los gastos administrativos, pero también a la falta de control del consumo de bienes médicos. Por ejemplo, a la falta de una política de genéricos. Lo lógico es que el sector mejore su eficiencia, se vuelva más transparente y tenga una cierta regulación gubernamental (dada su importancia).

Comentario

Existe una «leyenda urbana» que atribuye sistemáticamente mayor eficiencia a la gestión privada que a la pública. Tal leyenda es eso, una invención sin fundamento y este ejemplo lo demuestra bien. Conviene tener en cuenta, además, que el sistema sanitario público en Canadá tiene una gran complejidad administrativa tanto para el pago ambulatorio como hospitalario, pues todo lo contrata (y paga por factura), ya que carece de oferta de provisión propia. En todo caso, la conclusión del estudio es oportuna, pues no se puede dejar sin control al sector privado, como ha demostrado la crisis financiera y económica que asola el mundo.

> 3 LA REFORMA SANITARIA EN ESTADOS UNIDOS NO LLEVA A ESTABLECER UN SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE COBERTURA UNIVERSAL, EN VIVO CONTRASTE CON CANADÁ

Pregunta

¿La reforma sanitaria en Estados Unidos llevará a la cobertura universal?

Respuesta

No, de ninguna manera. Pero mejorará en mucho la situación actual de desamparo de una gran parte de la población.

Resumen del artículo

Maioni A. Obamacare versus Canada. Five key differences. The Globe and Mail. [Internet] Jan 01, 2014. Disponible en: <http://www.theglobeandmail.com/globe-debate/obamacare-vs-canada-five-key-differences/article14657740/>

Contexto y resultados: La entrada en vigor de la Obamacare, la reforma sanitaria introducida por Obama en Estados Unidos, la *Patient Protection and Affordable Care Act*, ha hecho pensar a muchos en que por fin se resolvía el problema del acceso a los servicios sanitarios por quienes los precisan. De hecho, hay quien sugiere que eso es «cambiar a un estilo de sistema público tipo Canadá». La autora es profesora de la Universidad McGill, de Canadá, y señala cinco diferencias clave entre Estados Unidos con la Obamacare y Canadá. Son: 1/ No se establece la figura de un único pagador, de forma que son múltiples quienes se hacen cargo de «las facturas»; por ejemplo, 50 millones de ancianos dependen de Medicare, 60 millones de pobres de Medicaid, 25 millones de ex-combatientes (y familiares) del Veterans Affairs, etc. 2/ No es universal, pues, aunque incrementa en mucho la cobertura, al final quedarán unos 30 millones de habitantes sin ninguna cobertura. 3/ No es un plan nacional, ya que la estructura federal de Estados Unidos hace más ingobernable la reforma, que será aplicada «a conveniencia», pues, por ejemplo, hasta la mitad de los estados se han negado a ampliar el programa para pobres (Medicaid). 4/ No da acceso según necesidad, ya que en mucho se basa en el contrato de pólizas que dependen de la capacidad de pagar del paciente y cabe la posibilidad de discriminar (p. ej., a quienes precisen tratamientos caros como los del sida). 5/ No es una estrategia para el control del gasto, pues ni el gobierno central ni los estatales tienen capacidad, para negociar los precios de los actos médicos y mucho menos para exigir presupuestos cerrados a los hospitales.

Comentario

La entrada en vigor de la Obamacare está mejorando la situación sanitaria de muchos estadounidenses, especialmente jóvenes, pero 32 estados se siguen oponiendo a la ampliación del seguro para pobres (Medicaid), que es crítico para llegar a esta población. No está claro si al final se controlará el gasto sanitario, que ya supone el 18% del total del PIB (en España en torno al 8%), pero la Obamacare está beneficiando a la industria de los seguros sanitarios, pues los ciudadanos reciben ayudas varias para poder contratar al menos lo básico.

> 4 EN ESTADOS UNIDOS ESTÁ AUMENTANDO LA MORTALIDAD ENTRE LAS MUJERES CON MENOR NIVEL DE EDUCACIÓN

Pregunta

¿Es posible que en Estados Unidos esté disminuyendo la expectativa de vida entre las mujeres con menor nivel educativo?

Respuesta

Sí, por razones variadas que tienen que ver con los determinantes sociales.

Resumen del artículo

Montez JK, Zajacova A. Why is life expectancy declining among low educated women in the United States? Am J Public Health. 2014;104:e5-e7.

Contexto y resultados: Las dos autoras son sociólogas y expresan extrañeza ante el indudable hecho del aumento de la mortalidad entre las mujeres con menos de 13 años de educación formal, en Estados Unidos, pues es algo insólito, que solo se había visto en el mundo entre hombre, tras el colapso de la Unión Soviética en la década de 1980. De hecho, en los estados del sur de Estados Unidos, ha aumentado la mortalidad (y disminuido la expectativa de vida) de todas las mujeres. Para dar luz, examinan dos hipótesis. La primera explica el fenómeno por una cuestión «residual» que concentra a las mujeres con problemas variados en el nivel de baja educación; es decir, se constituye un grupo con «mala salud» que tiene dificultades para lograr acabar la escolarización y acceder a mejor educación y formación. La segunda hipótesis supone que la sociedad ha cambiado de tal forma que se precisan de 13 y más años de educación formal para «supervivir», para lograr empleo, ingresos, matrimonio, etc.; es, pues, una hipótesis causal. Por supuesto, ambas hipótesis pueden ser ciertas; por ejemplo, en el caso de matrimonios entre miembros de la clase baja, con escaso nivel de educación, que logran trabajos precarios y mal pagados, lo que repercute en su salud y la de sus hijos.

Comentario

La salud es el «producto» de múltiples factores, desde los genéticos a los sociales. A lo largo del siglo xx se ha producido un creciente incremento de la expectativa de vida de las poblaciones de todos los países del mundo, y por ello resulta muy llamativo el retroceso entre las mujeres de Estados Unidos con bajo nivel educativo. La explicación final tiene que ver con la pobreza y el abandono a su propio albur de una clase social baja, y es expresión del fracaso del Estado de bienestar.

> 5

LA MORTALIDAD MATERNA SE HA CUADRIPLICADO EN ESTADOS UNIDOS ENTRE 1987 Y 2013

Pregunta

¿Ha aumentado la mortalidad materna en Estados Unidos?

Respuesta

Sí, en Estados Unidos se ha cuadruplicado la mortalidad materna.

Resumen del documento

Maternal mortality ratio (modeled estimated, per 100,000 live births). WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, and the United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. [Internet]. Ginebra: World Health Organization, 2014 Disponible en: <http://data.worldbank.org/indicador/SH.STA.MMRT>

Contexto y resultados: Este documento es el frío registro de los datos sobre mortalidad materna en todos los países del mundo. Los cálculos sobre mortalidad materna son complicados en los países en desarrollo, por los problemas de la certificación de las muertes en general. En los países ricos la situación es contraria, ya que la mortalidad materna es tan rara que no se puede «escapar». En general, la mortalidad materna está disminuyendo, pero con un ligero incremento en algunos países ricos. Por ejemplo, la mortalidad materna en 2013 se ha incrementado en Australia (a 6 por 100.000 nacidos vivos), Austria (a 4), Estonia (a 11), Lituania (a 11) y Malta (a 9). Lo llamativo es la mortalidad materna de Estados Unidos, de 28, el cuádruple de la que tenía en 1987, de 6,6.

Comentario

La mortalidad materna es terrible, pues casi toda puede evitarse. El caso de Estados Unidos es insólito, el único país desarrollado con cifras altas y crecientes. En su informe, Amnistía Internacional lo calificó de un problema de derechos humanos. Entre sus causas, la discriminación y la falta de asistencia a las mujeres pobres y el encarnizamiento y exceso de procesos innecesarios en las mujeres ricas. Para poner las cosas en su sitio, solo Zimbabue había triplicado la mortalidad materna, hasta llegar a 610 en 2010, pero en 2013 bajó a 470. Estados Unidos llegó a 27 en 2010 y subió a 28 en 2013. En esas mismas fechas, Canadá pasó de 13 a 11 y España de 6 a 4.

> 6

LA SALUD DE LAS MUJERES DE ESTADOS UNIDOS ES LA PEOR DE LOS PAÍSES DESARROLLADOS, ESPECIALMENTE DE LAS MUJERES NEGRAS

Pregunta

¿Se reparte al azar la mala salud de las mujeres estadounidenses?

Respuesta

No, la mala salud es, sobre todo, de las mujeres negras.

Resumen del documento

Black women in the United States, 2014. National Coalition on Black Civil Participation. Black Women's Roundtable. Washington Post. National Politics. [Internet]. 27 March 2014. Disponible en: <http://www.washingtonpost.com/r/2010-2019/WashingtonPost/2014/03/27/National-Politics/Stories/FinalBlackWomenintheUS2014.pdf>

Contexto y resultados: En la salud son clave los determinantes sociales, incluido el acceso a los servicios sanitarios necesarios. Por ello, si la salud en Estados Unidos es mala, hay que pensar que será todavía peor entre los marginados. Así se demuestra con los datos de este trabajo que abarca información sanitaria y social. Por ejemplo, la mortalidad materna es triple entre las mujeres de raza negra (comparada con la de las mujeres blancas). De la misma manera, la mortalidad por cáncer de mama es mayor entre las mujeres negras, pero no por retrasos en el diagnóstico, sino básicamente por retrasos y problemas en el seguimiento y tratamiento de las pacientes afectadas. En otro ejemplo, son el triple de las blancas las chicas negras educadas en escuelas que carecen de acreditación suficiente. Pese a que las mujeres negras son el grupo femenino con mayor tasa de trabajo, son las que peores salarios reciben (en muchos casos, por debajo del nivel de pobreza). Las pensiones de las mujeres negras son tan bajas que les llevan a la pobreza con una frecuencia cinco veces mayor que en el grupo de hombres blancos pensionistas.

Comentario

No hay nada peor que ser pobre en un país rico, y ese es el problema de las mujeres negras. Su salud está muy por debajo de la media, y de las blancas, y la situación no mejora, sino que empeora. La crisis ha conllevado la disminución de los salarios y la redistribución todavía más injusta

de la riqueza, con lo que lleva de desigualdad en ingresos, escolarización, acceso a atención sanitaria, reclusión en la cárcel y otros establecimientos penitenciarios, etc.

> 7

LA SALUD DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES EN ESTADOS UNIDOS, INDICADOR DE LA MALA SALUD DE LA POBLACIÓN

Pregunta

¿La salud de los niños y adolescentes en Estados Unidos es similar a la de los de otros países desarrollados?

Respuesta

No, la salud de los niños y adolescentes en Estados Unidos es mucho peor.

Resumen del documento

Investing in the health of our children. Robert Wood Johnson Foundation Commission to Build a Healthier America. [Internet]. Jan 13th 2014. Disponible en: <http://www.rwjf.org/en/research-publications/find-rwjf-research/2014/01/recommendations-from-the-rwjf-commission-to-build-a-healthier-am.html>

Contexto y resultados: Esta comisión pretende sacar de su letargo a los dirigentes y miembros de las clases alta y media de Estado Unidos, que creen que su país es el primero en todo, también en salud. En lo que respecta a los niños, Estados Unidos está por debajo de 30 países desarrollados en mortalidad infantil. En general, la expectativa de vida situaba a Estados Unidos en el decimoquinto lugar en 1980 y en 2009 en el vigésimo séptimo. Entre los adolescentes y jóvenes de 17 a 24 años, en Estados Unidos, tres de cada cuatro no son útiles para el servicio militar, por problemas de salud, falta de educación formal, antecedentes penales graves, o por todas estas causas. La mitad de los niños negros viven en situación de grave pobreza y en barrios insanos. Un tercio del total de los niños tienen sobrepeso u obesidad. Los autores piden cambios profundos en tres áreas: 1/ mejoras y ayudas en la alimentación infantil; 2/ cambios en los barrios más pobres, para que dejen de ser insanos, y 3/ cambiar la atención médica para llevarla hasta los pobres y lograr, con incentivos, que se propongan medidas no farmacológicas para los problemas sanitarios de origen social.

Comentario

Cada sociedad tiene sus mitos, y en Estados Unidos el mito básico y universal es «somos la mejor nación del

mundo». Puede que en algunos sentidos sea cierto, pero en general es una sociedad desigual, compuesta por dos poblaciones que no tienen nada que ver: la rica y la pobre. Este trabajo documenta el impacto de tal desigualdad en la salud infantil, y el cuadro que dibuja es indigno de un país desarrollado. Conviene saberlo, pues los políticos españoles al uso (PP, PSOE, CiU, CC, etc.) ven a Estados Unidos como ejemplo a imitar, en todo.

> 8

ESTADOS UNIDOS PRECISA CAMBIAR LA FORMA EN QUE GASTA DINERO EN SALUD

Pregunta

El problema en Estados Unidos, respecto al gasto en salud, ¿es de cantidad o de calidad?

Respuesta

Es de cantidad y de calidad

Resumen del artículo

Fuchs VR. Critiquing US health care. JAMA. 2014;312:2095-6.

Contexto y resultados: Como ya hemos dicho, el gasto sanitario en Estados Unidos consume el 18% del PIB. Incluso el estado que menos consume (por pobre), el de Colorado, tiene un consumo por encima del siguiente país del mundo con mayor gasto, Noruega (12,6 frente al 11,9%). Pese al mayor gasto en salud, el resultado es penoso en casi 100 indicadores de salud estudiados. Tales resultados se atribuyen a la epidemia de obesidad, al gran porcentaje de población que vive en la pobreza, al estrés de la vida diaria y a la falta de acceso a los cuidados médicos necesarios. El autor considera que habría que cambiar la forma en que se gasta y lograr la cobertura universal, además de «redirigir» para gastar menos en mamografías y resonancias magnéticas nucleares, por ejemplo, y más en Atención Primaria (AP).

Comentario

El volumen de dinero empleado en Estados Unidos en salud implica un enorme despilfarro, el gasto ineficiente en administración y, sobre todo, el abuso en actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación. Como consecuencia, la salud es mala entre los pobres que carecen de acceso a cuidados necesarios de calidad, por falta de una AP fuerte, y los ricos sufren y mueren como consecuencia del encarnizamiento médico. No es solo la cantidad, un exceso que llega a ser tóxico, es también la falta de calidad y sobre todo de equidad.

> 9

GRECIA: IMPACTO EN SALUD DE LA CRISIS

Pregunta

¿Hay datos que demuestren el impacto en salud de la crisis en Grecia?

Respuesta

Sí, y lo que sabemos es terrible.

Resumen del artículo

Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *Lancet*. 2014;383:748-53.

Contexto y resultados: La crisis económica mundial ha sido más grave en Grecia por los engaños contables que la llevaron a la ruina en medio de una crisis política que ha provocado grandes cambios, incluso el triunfo de la izquierda, de Syriza. Como forma de obtener crédito, Grecia tuvo que admitir condiciones abusivas de austeridad a partir de 2010, con lo que se hundió todavía más, con una contracción económica de más del 20%. El desempleo se triplicó, hasta el 25% (y el de larga duración fue del 8%), se redujo el gasto público, incluyendo el sanitario, y se incrementaron los impuestos. Muchos ciudadanos lo perdieron literalmente todo, incluyendo la cobertura sanitaria. Era de esperar una tragedia, y los datos que presentan los autores corroboran el daño a la salud. Así, entre los drogadictos se ha doblado el número de tuberculosos y el sida se ha multiplicado por 20. Los casos de depresión mayor se han multiplicado por 2,5. Los intentos de suicidio aumentaron el 37%, y los suicidios consumados, el 45%. Incluso la mortalidad infantil se incrementó un 43%.

Comentario

El Estado de bienestar tiene una relación biunívoca con el gasto y la salud, pues una población sana es más productiva, y si la economía marcha bien, es más fácil sostenerlo. Cuando se imponen medidas indiscriminadas de austeridad, se produce el colapso económico y la salud se resiente tanto por el deterioro de los determinantes de salud como por la falta de atención a los problemas sanitarios. Es esperable un desastre, y los datos de Grecia demuestran que la salud depende de una red de seguridad que facilite el desarrollo vital pleno.

> 10

EN EUROPA, LOS PAÍSES CON UNA ATENCIÓN PRIMARIA FUERTE CONSIGUEN MEJOR SALUD (PERO GASTAN ALGO MÁS)

Pregunta

¿Una Atención Primaria (AP) fuerte produce más salud?

Respuesta

Sí, con los datos de 31 países europeos.

Resumen del artículo

Kringos DS, Boerma W, Zee J, Groenegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs*. 2013;4:686-94.

Comentado en *Gestión Clínica y Sanitaria*. Rico A, Gervas J. El impacto de la atención primaria en Europa. 2014;16:48.

Contexto y resultados: Se trata de un estudio ecológico del impacto de la AP en 31 países europeos.

Como variables independientes se utilizaron cinco dimensiones de la fortaleza de la AP: estructura (regulación, financiación y personal), accesibilidad (oferta, citas, aceptabilidad), continuidad (lista de pacientes, historia clínica electrónica, tiempo de consulta), coordinación (multidisciplinariedad y relación con atención especializada y salud pública) y resolutivez (cartera de servicios, técnicas médicas). Las variables dependientes incluyen varios indicadores de resultados: 1/ hospitalizaciones potencialmente evitables por asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y diabetes; 2/ satisfacción con la AP; 3/ gasto sanitario total y tasa de crecimiento; 4/ años de vida potencialmente perdidos por diabetes, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, y 5/ desigualdades por nivel educativo en salud autopercebida. La accesibilidad se asocia a menores hospitalizaciones por diabetes; la continuidad a menor inequidad en salud; la coordinación a menos años perdidos por enfermedades respiratorias; y la resolutivez a un menor crecimiento del gasto, menores hospitalizaciones por asma, y menos años perdidos por enfermedades cardiovasculares. Se comentan también las regresiones bivariadas con variables de control incluidas en el apéndice del artículo. Todas las correlaciones se mantienen, menos una (resolutivez y hospitalizaciones por asma); y aparecen dos nuevas asociaciones, entre la estructura de la AP y dos indicadores de resultados: los años de vida perdidos por enfermedades cardiovasculares y el gasto en 2009.

Comentario

Una AP fuerte implica la opción política por la equidad y la dotación de medios para que se pueda responder a las necesidades de pacientes y de poblaciones. Por ello es esperable un ligero mayor gasto y la preocupación es si «vale la pena». Parece que sí, sin duda, pues tiene impacto positivo en la salud.