

El sesgo de visibilidad de la Atención Primaria

The visibility bias of Primary Care

Verónica Casado Vicente^a

^a Academia de Medicina de Familia de España (AMFE), España

Resumen

A pesar de las inmensas fortalezas de la Atención Primaria (AP) y de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) como estrategias de inversión en salud, se produce una impercepción de las mismas a nivel social. La invisibilidad de la AP se debe básicamente a: 1/ la falta de visibilidad de la promoción y prevención, y de la prevención cuaternaria; 2/ el hospitalocentrismo docente, asistencial, de gestión, político, de investigación y mediático, y 3/ su “invisibilización mediática”. En este artículo se analizan estas amenazas y se proponen soluciones, como revertir el hospitalocentrismo docente, empezando por la incorporación de la MFyC como eje nuclear en las facultades de medicina; abandonar la denominación de médico de AP, médico de cabecera o médico general, ya que desde 1998 la denominación oficial es MFyC; reconocer la labor que realizan los equipos de AP y los médicos de familia en cuanto a su capacidad de resolución de los problemas de salud más prevalentes; financiar adecuadamente la AP, mejorar la planificación de los recursos humanos; mejorar la organización y la gestión interna de los equipos de AP; reconducir la investigación, hacia lo biopsicosocial, comunitario, digital, etc. Y apostar por estructurar la valorización externa y el papel de los medios de comunicación.

Palabras clave: Atención Primaria; Invisibilidad; Valorización; Evaluación; Hospitalocentrismo; Medios de Comunicación.

Abstract

Despite the immense strengths of Primary Care (PC) and Family and Community Medicine (FCM) as health investment strategies, there is a social invisibilization surrounding them. The invisibility of PC is basically due to: 1/ the invisibility of promotion and prevention, and of quaternary prevention; 2/ the hospital-centrism of teaching, care, management, politics, research and the media, and 3/ its “media invisibility”. These threats are analyzed, and solutions are proposed such as reversing the hospital-centrism teaching model, starting with the addition of FCM as a core element in medical schools; abandoning the terms primary care physician or general practitioner, since the official term has been family doctor since 1998; recognizing the work performed by PC teams and family doctors in their capacity to resolve the most prevalent health problems; adequately funding PC, improving human resource planning; enhancing the organization and internal management of PC teams; redirecting research towards biopsychosocial, community, digital aspects, etc. And commit to structuring external assessment and the role of the media.

Key words: Primary Health Care; Invisibility; Valorization; Appraisal; Hospital-centrism; Communications Media.

Introducción

Muchos médicos/as de familia podemos estar sorprendidos sobre el sesgo de visibilidad de la Atención Primaria (AP), máxime cuando analizamos datos, indicadores de morbi-mortalidad evitables, imputables a la AP, y las evidencias científicas sobre su impacto en la salud (Pereira et al., 2018; Baker et al., 2020; Sandvik et al., 2022).

Para analizar las razones de la invisibilidad de la AP, o de su sesgo de visibilidad, hay que tener en cuenta las diferentes razones y contextos en que se produce.

Una razón potente está vinculada a las características de los diferentes tipos de sistemas sanitarios. Existen básicamente 4 modelos sanitarios: el modelo Beveridge, el modelo bismarkiano, el modelo de Sistema Nacional de Salud —que incluye muchos aspectos del primero aunque también del segundo— y el modelo liberal o de libre mercado. Cuando se analizan estos dos últimos sistemas sanitarios, que coexisten en España, se evidencian dos grandes tendencias: el SNS que apuesta por la inversión en salud y los sistemas de mercado que apuestan por la sanidad y la salud como un bien de consumo.

Por definición, los Sistemas Nacionales de Salud (SNS) que apuestan por la inversión en salud se caracterizan por ser sistemas planificados, con una administración sanitaria que gestiona la calidad y participa en el gasto, y con un enfoque a largo plazo y basado en evidencias. Para ello construye un sistema integrado de salud cuya organización pivota sobre un eje estratégico que es la AP.

Por otro lado, se encuentran los sistemas de mercado, que conciben la salud como un bien de consumo, que no necesariamente precisa de la administración sanitaria, cuyo objetivo es también generar ganancias económicas con la sanidad y con la salud.

Estos sistemas se caracterizan porque hay mucha inversión en tecnología y en marketing pero muy poca inversión en prevención (aunque sí en “medidas preventivas farmacológicas y de intervención con evidencias científicas no siempre sólidas”); el diagnóstico, en general muy intensivo; el tratamiento a corto plazo de las enfermedades, la medicina defensiva y la satisfacción del usuario, que es la que determina el modelo.

Es evidente que las características de los diferentes modelos de organización determinan el mayor o menor éxito en los objetivos que tiene el sistema sanitario, que son la efectividad (conseguir los mayores niveles de salud de la población), la equidad (en el acceso, en los recursos y financiera) y la eficiencia (macroeconómica y microeconómica, que se basa en la eficiencia de gestión y en la micro gestión o gestión clínica, buscando un elemento clave que es la eficacia de nivel en cuyo papel el impacto de la AP es indiscutible). A estos objetivos se añade la viabilidad, que incluye la sostenibilidad del sistema, la satisfacción de los usuarios, la seguridad de los pacientes y las actuaciones de los profesionales que, a su vez, están vinculadas a su nivel de competencia, a su motivación y a las barreras que han de superar.

Diferentes estudios posicionan al modelo de los SNS con mayor posibilidad de efectividad, eficiencia, equidad, sostenibilidad y seguridad del paciente. Sin embargo, la accesibilidad organizativa, la satisfacción de los usuarios que desean una respuesta rápida a un problema concreto, y la insatisfacción de muchos profesionales que se sienten muy poco valorados y mal pagados en el sistema público, se evidencian como importantes debilidades.

Diferentes estudios han posicionado al sistema sanitario español empatado con los países nórdicos, y a Canadá, Japón y Australia, en los primeros puestos en cuanto a calidad y acceso a la asistencia (Haakenstad et al., 2022) (Figura 1).

El estudio de Krings et al. (2015), que evaluaba 115 indicadores de estructura, proceso y resultado, situó a la AP española entre los tres primeros según dimensiones valoradas, junto a Dinamarca, Reino Unido y Países Bajos. Más recientemente, Sandvik et al. (2022) determinaron el impacto que tiene mantener el mismo médico de familia durante más de 15 años, y lo cifraron en un descenso de las visitas a urgencias del 30%, de un 28% para los ingresos hospitalarios y de un 25% para la mortalidad. Con estos datos y un texto impecablemente redactado, sorprende la reacción de algún medio de comunicación que propone el siguiente titular: “Sanidad vuelve a vender humo con la AP: ahora dice que va a ser longitudinal” (La Razón, 2024). La longitudinalidad, ... ¡humo!

Los modelos sanitarios de tipo SNS muestran mayor posibilidad de efectividad, eficiencia, equidad, sostenibilidad y seguridad del paciente

The Economist publicaba un reportaje especial titulado “The importance of primary care. Good primary care is an essential precondition for a decent health-care system” (The Economist, 2018). Sin embargo, la mayor parte de las noticias que llegan a la población en nuestro país tienen que ver con lo mal que está la AP, lo mal que están los médicos de familia, con elevadas presiones asistenciales, lo mal pagados que están con relación a los médicos hospitalarios, y con que los futuros residentes no quieren ir a AP y no eligen la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC). Lo que se muestra en los medios es que quedan plazas vacantes en MFyC. Estas afirmaciones, que no son del todo reales o están desajustadas, se han generalizado

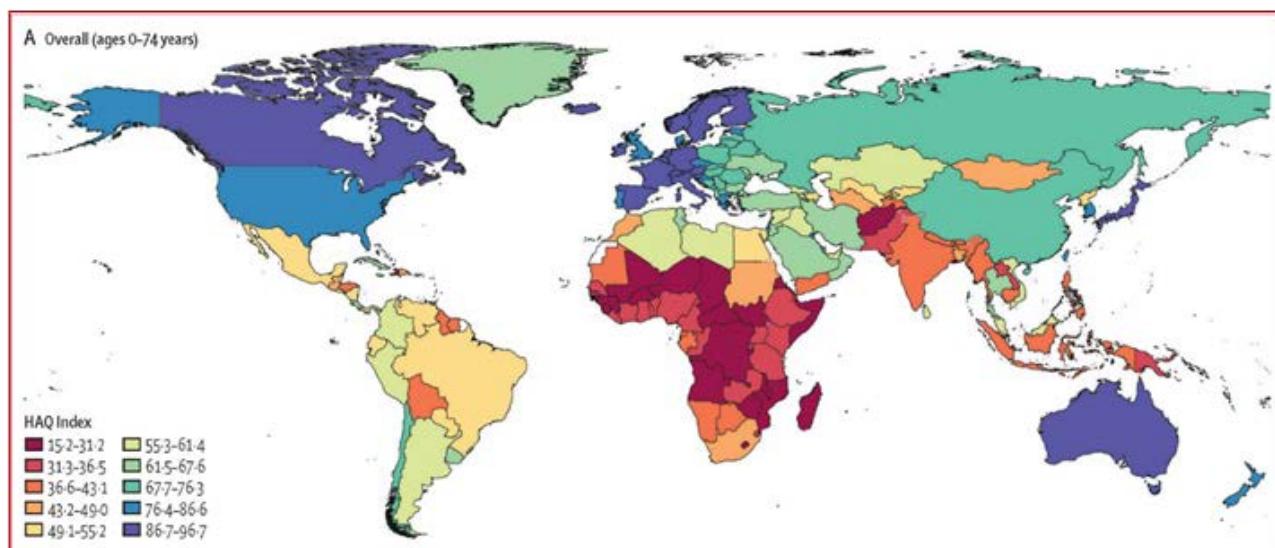


Figura 1. Índice HAQ de calidad y acceso a la atención médica en la población general, medido en 204 países, entre 1990 y 2019, en una escala de 0 a 100.

Fuente: Haakenstad, A. et al. (2022). Assessing performance of the Healthcare Access and Quality Index, overall and by select age groups, for 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet global health*, 10(12), e1715-e1743. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00429-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00429-6)

Es cierto que la AP ha estado mal financiada, mal organizada, mal gestionada y que, sobre todo, la planificación de recursos humanos en los últimos 10-14 años ha sido terriblemente deficitaria. Pero las generalizaciones son malas, y no hablar de sus fortalezas y oportunidades supone una gran amenaza. No podemos olvidar qué es lo que hace fuerte a la AP. Múltiples investigadores han estudiado cuáles son las características que determinan la calidad de la atención (Barber et al, 2017; Kringos y cols., 2015; Starfield, 1994)

Una de ellas es la accesibilidad, en todas sus vertientes: económica, geográfica y socio organizativa (comodidad, disponibilidad, aceptabilidad). La accesibilidad determina la equidad en el acceso, la equidad en los recursos y la equidad financiera.

La segunda característica que determina la calidad de la AP es la globalidad, es decir, el abordaje integral biopsicosocial e integrador de la promoción de la salud, de la prevención primaria, secundaria y terciaria de la enfermedad, de la prevención cuaternaria, del diagnóstico y tratamiento, de la rehabilitación, del seguimiento de personas con problemas crónicos y/o multimorbilidad, de la conciliación de los diagnósticos y tratamientos, y los cuidados paliativos. Esta integración influye claramente en los “indicadores de morbilidad y mortalidad evitable imputable a la AP”. Un importante promotor de este aspecto ha sido el Programa de Actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitari (semFYC), que consiguió una orientación clara de las carteras de servicios de AP.

La tercera característica es la longitudinalidad: es decir, el mantenimiento en el tiempo del mismo médico de familia como fuente principal de atención sanitaria. Como se ha referido antes, Sandvik et al. (2022) demostraron —en un estudio muy amplio, realizado con una muestra de más de 4,5 millones de personas y durante un largo periodo de tiempo, y en el que los investigadores realizaron un análisis ajustando por múltiples factores de confusión

con datos obtenidos de registros nacionales de alta calidad— el impacto positivo de la longitudinalidad sobre el uso de los servicios de urgencias, los ingresos hospitalarios y la mortalidad. Esta asociación resultó ser más fuerte a medida que se incrementaron los años de relación entre el médico de familia y los pacientes, alcanzando un máximo de 25 a 30 % de reducción de la mortalidad cuando la duración de la relación era mayor a 15 años (Figura 2).

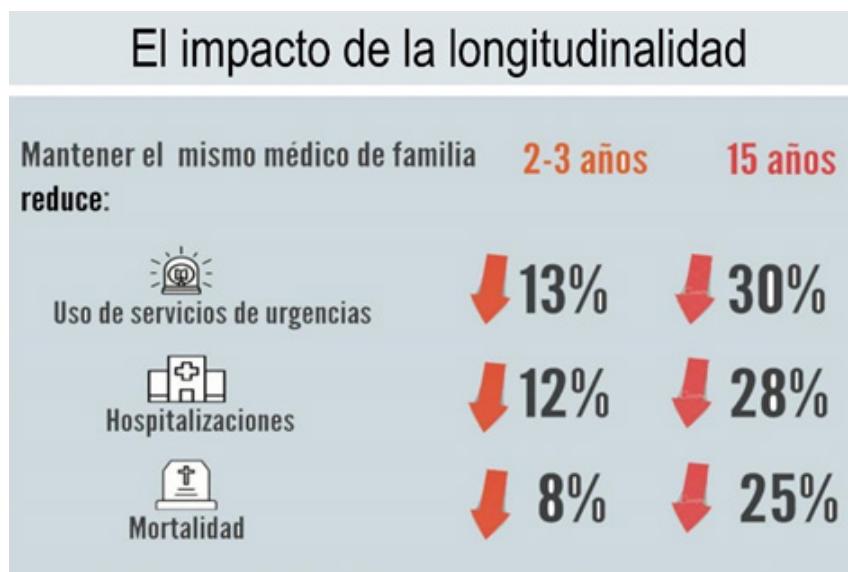


Figura 2. Efectos de la longitudinalidad en el uso de los servicios de urgencias, en las hospitalizaciones y en la mortalidad. Resultados del estudio realizado sobre 4.552.978 habitantes en Noruega.

Fuente: Sandvik, H., Hetlevik, Ø., Blinkenberg, J., Hunskaar, S. (2022) Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract. 72(715): e84-e90. Disponible en: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>

A pesar de todas las evidencias científicas disponibles, de los resultados favorables en los indicadores de salud, de las encuestas de satisfacción de la población con la AP y con su médico de familia, la AP es invisible.

¿Por qué es invisible la Atención Primaria?

La invisibilidad de la AP se debe básicamente a 3 factores: 1/ la invisibilidad de la promoción de la salud, de la prevención de las enfermedades, así como de la prevención cuaternaria (medidas destinadas a evitar intervenciones innecesarias o cuya relación beneficio/riesgo es desfavorable); 2/ el hospitalocentrismo docente, asistencial, de gestión, político, de investigación y mediático, y 3/ la “invisibilización mediática” de la AP.

1/ La invisibilidad de la prevención

Cuando un médico de familia aplica los programas de prevención del cáncer de colon o de cáncer de mama , cuando consigue que sus pacientes dejen de fumar o dejen de beber, cuando consigue controlar su diabetes, su hipertensión, su obesidad, su hiperlipidemia ... probablemente está consiguiendo disminuir la mortalidad por cáncer de colon o cáncer de mama, disminuir la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el enfisema pulmonar, el cáncer de pulmón, laringe o vejiga, disminuir la hepatopatía, la cirrosis y el cáncer hepático, así como los problemas familiares y sociales que conlleva el alcoholismo, prevenir los efectos de la diabetes, la hipertensión, la obesidad, la hiperlipidemia sobre todo el sistema cardiovascular, el cerebro, la retina, el riñón...Pero todo esto no se visibiliza. Solamente se observa cuando los gestores y los profesionales vemos la evolución de los indicadores de salud, pero esta información y estos datos no trascienden en la población general, los medios de comunicación no los recogen y los políticos en general los obvian.

¿Cómo es posible? ¿A qué se debe esta invisibilización del papel fundamental que juega la AP en la salud de la población? Las razones se enlazan con el hospitalocentrismo y con la introducción de las leyes del mercado en el sistema sanitario.

2/ *El hospitalocentrismo*

El hospitalocentrismo docente

Ya desde el inicio de la medicina en Grecia se observaron dos grandes escuelas: la escuela de Cos y la escuela de Cnido (Casado, 2018). La escuela de Cos cuyo creador fue Hipócrates y su máximo representante, tenía un lema “no hay enfermedades sino enfermos”. Para ello será importante el individuo, su biografía y sus singularidades, las ciencias al servicio del hombre. Y estuvo en el origen de tendencias humanistas, vitalistas y antropológicas. Mientras la escuela de Cnido prestaba máxima atención a la enfermedad y no al estado general de los pacientes. Su concepción se consolida con Galeno y se refuerza en el siglo XX con la reforma universitaria de Flexner (Flexner, 1910). Su ideal es la ciencia. La escuela de Cnido y sus sucesores originan corrientes organicistas y mecanicistas.

Se crean dos modelos: el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial. El primero de ellos es el que ha tenido un máximo desarrollo, es decir, a pesar de que el referente del que siempre se habla es de Hipócrates, lo cierto es que la escuela de Cnido ha tenido más influencia

Flexner en 1910 presenta su informe, que supone el inicio del declive de la medicina general en favor de las especialidades médicas y su salida de las escuelas de Medicina. Ya él mismo avisaba que se debía ser cuidadoso porque se podía perder la visión global del paciente, y que médicos generales como Osler no deberían ser perdidos de vista. La medicina general pierde su espacio porque la enseñanza de la medicina se orientó a las especialidades.

En los primeros años del siglo XX, comenzaron a emerge las especialidades que Ian McWhinney denomina las “especialidades mayores”: medicina interna, cirugía, pediatría, obstetricia y psiquiatría, que fueron, en general, de la mano de médicos generales que centraron su actividad en aspectos más concretos (McWhinney, 1981). La entrada a estas especialidades se hacia a través del entrenamiento de postgrado y los médicos generales fueron definidos por su falta de entrenamiento adicional. Se asumía que cualquier graduado médico podía ser un médico general y que la práctica general no era una disciplina clínica por derecho propio. La lista oficial de especialidades en 1930 la excluye y la medicina general se convierte en una especie en extinción. La explosión tecnológica, los descubrimientos científicos, aceleradas por dos guerras mundiales fomentaron esta especialización y superespecialización y empiezan a aumentar el número de especialistas. Durante el siglo XIX la proporción de médicos generales/especialistas en Europa era de 80/20, para convertirse en una relación de 20/80 durante los primeros 50 años del siglo XX. Las universidades cambiaron y sus contenidos se reorganizaron con materias especializadas y sub/superespecializadas, organizadas básicamente por órganos, sistemas y aparatos, por lo que la medicina general salió de la Universidad (Casado, 2018).

Hay dos grandes ejemplos de médicos generalistas que se subespecializaron: MacKenzie y Osler. El primero publica en 1919 una crítica a la práctica médica que se realizaba y destacaba el papel del médico general para comprender al paciente como persona. MacKenzie escocés, médico general y posteriormente cardiólogo, pionero en el estudio de las arritmias cardíacas, ejerció la medicina general durante 25 años y se le conoce como un gigante de la investigación en AP. Sus investigaciones le llevaron a abandonar la práctica general y a convertirse en un especialista en cardiología. Pero expresó su preocupación profética sobre la especialización de la medicina incluyendo la cardiología indicando: “Temo que puede llegar el día en el que un especialista del corazón ya no sea un médico capaz de mirar el cuerpo como un todo, pero con instrumentos cada vez más complicados que trabajan en una estrecha y restringida zona del cuerpo y esa nunca fue mi idea” (Mair, 1986).

Por su parte, William Osler considerado uno de los padres de la Medicina Interna afirmaba: “el buen médico trata la enfermedad, el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad”. “Es más importante saber qué paciente presenta una enfermedad, que qué enfermedad experimenta un paciente” (Osler, 1907).

En 1926 The Lancet temía que la Medicina General desapareciera marginada por las especialidades, cuyo desarrollo se relacionaba con el progreso y los efectos beneficiosos de la división del trabajo. La seducción que experimentaban los médicos jóvenes por las especialidades disminuyó drásticamente la proporción de médicos que elegían la medicina general, vista por los recién licenciados como un trabajo más arduo y menos prestigioso. La visión fragmentaria de la persona que se ofrecía en las Facultades de Medicina, impartida por especialistas, condenaba inevitablemente a que el ejercicio de la Medicina General estuviera en manos de licenciados frustrados. Las Facultades de medicina disuadían del interés por la medicina general. La inexistencia de formación postgraduada en medicina general o de cátedras y departamentos contribuía a crear una imagen intelectualmente inferior al de sus colegas hospitalarios (Fajardo, 2007).

En este proceso de progresiva diferencia y ultratecnicidad de la práctica médica moderna, se genera una tendencia a la despersonalización de la relación médico-paciente y iatrogenia, ya que trae aparejado la pérdida de una percepción integral y armónica del individuo enfermo. Se enfoca al hombre dividido en sistemas, aparatos u órganos y se relega o ignora la dimensión sociopsicológica de la salud.

En la segunda mitad del siglo XX se producen dos movimientos: la medicina de familia como disciplina académica y como especialidad. A partir de 1950, la comunidad médica internacional empieza a considerar que las facultades no forman para atender los problemas más frecuentes y prevalentes de la población. El padre intelectual de la medicina familiar Ian Renwick McWhinney estableció las premisas para ir del hospital al consultorio y la casa, de lo técnico y biológico a lo holístico, y de lo impersonal a lo verdaderamente humano. La práctica de la medicina general comenzó a ser vista como una disciplina clínica con un cuerpo de conocimientos propio. La medicina de familia como especialidad nace en la década de los 60 y se extiende en la década de los 70 a diferentes países. Esta disciplina y especialidad fue vista como revolucionaria, como afirmaba McWhinney, cuando era en realidad profundamente conservadora de los valores de Hipocrátes.

Pero una mirada atenta sobre la formación universitaria, nos da cuenta de que la formación de grado actual en nuestras facultades sigue siendo profundamente hospitalocentrista y la mayor parte de los contenidos clínicos son impartidos por especialistas hospitalarios o focales, siendo la MFyC en algunas facultades testimonial o invisible (Casado et al., 2023). Si un alumno solo es enseñado por especialistas hospitalarios creerá que todo es solucionado por ellos, cuando la realidad es bien distinta. La gran mayoría de los problemas de salud que afectan a nuestra población son resueltos, atendidos o seguidos en AP (Ministerio de Sanidad, 2023).

El hospitalocentrismo asistencial, de gestión, de investigación, político y mediático

El hospitalocentrismo se basa en que la asistencia, la gestión de los recursos sanitarios y la investigación pivotan en torno a la atención hospitalaria, en perjuicio de la AP. Dicha tendencia se transforma en una “fagocitosis” en toda regla, en la que las intervenciones hospitalarias rodean y destruyen a las realizadas en el primer nivel asistencial, eliminando o minimizando sus efectos por completo. Así, los políticos, gestores, profesores universitarios, investigadores, medios de comunicación, profesionales, y la propia sociedad, asumen e interiorizan que hay un nivel asistencial superior y un nivel asistencial inferior.

El hospitalocentrismo asistencial influye drásticamente en el alejamiento de los determinantes de la salud, puntos claves del informe de Marc Lalonde (1974), que identificó 4 factores determinantes de la salud en 1974: Biología Humana, Medio Ambiente, Estilos de vida y Sistema sanitario. Desarrollando esta clasificación, Alan Dever (1976) correlaciona estos factores con los recursos que se destinan a ellos. Si miramos el modelo de Dever, es evidente que los esfuerzos y recursos se enfocan mayoritariamente a los Sistemas Sanitarios que, obtienen y consumen aproximadamente el 69% de los recursos a pesar de que su importancia relativa o impacto en la salud de la población es tan solo del 11%, máxime si el modelo sanitario tiene un fuerte componente hospitalocentrista.



Figura 3. Incongruencia entre el impacto en la salud de cada uno de los factores determinantes y la proporción relativa de dinero público asignada.

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de Marc Lalonde y Alan Dever.

En cualquier caso, las proporciones relativas de dinero público asignadas a cada uno de los determinantes de la salud eran claramente incongruentes y lo siguen siendo. Es evidente que financiar mejor la AP permite que el propio sistema sanitario se reconduzca e intervenga sobre lo que más influye sobre la salud, que son los estilos de vida.

Más recientemente, otros autores han aplicado la metáfora de la burbuja a la investigación e innovación (Jones & Wilsdon, 2018), que también es aplicable al resto de entornos, asistencial, de gestión, político y mediático. Afirman que el sistema sanitario sufre las consecuencias de la burbuja biomédica, compuesta a su vez por los siguientes elementos:

- una “burbuja especulativa”, por la sobrevaloración artificial de los productos farmacéuticos
- una “burbuja epistémica” porque la asistencia y la investigación están “farmacologizadas” actuando como tractoras de los gigantescos presupuestos públicos y privados;
- una “burbuja valorativa”, porque se sobreestima la aportación a la salud de los medicamentos;
- una “burbuja social”, ya que se crean “redes de refuerzo y circuitos de retroalimentación más allá de cualquier racionalidad costo-beneficio”
- y, por último, una “burbuja de atención”, ya que se excluye del espacio político, público y de inversión cualquier apoyo a intervenciones alternativas a las previamente descritas.

En un exhaustivo informe, estos autores justifican que la investigación biomédica es hoy en día una gran burbuja: “el Reino Unido no puede seguir apostando por la investigación biomédica básica y translacional porque es un desperdicio económico que es necesario redirigir y que hay que pinchar una burbuja que está basada en gran medida en la corrupción del sistema científico y el fracaso del paradigma farmacológico dominante”. Señalan la vigencia de los determinantes de salud de Lalonde, resaltando los aspectos sociales, nutricionales o de salud pública, la variabilidad de la atención sanitaria o las inequidades en salud como objetos de investigación. Hacen hincapié también en aspectos tan relegados como la prestación de los cuidados y la calidad de vida de las personas enfermas, mostrando su preocupación por los cambios que ya están aconteciendo y por los que vendrán: “Cada vez más, la innovación que importa no será biomédica: será digital, física, social, ambiental y conductual”.

Por lo tanto:

- (1) Hay un grave desacoplamiento entre la inversión actual en la asistencia y en la investigación y las necesidades en salud de las personas.
- (2) Hace falta invertir en mejorar los cuidados y atender los determinantes sociales de la salud y por ello hace falta invertir en AP, nivel sanitario que más se adapta a este ajuste.
- (3) Hay que redirigir fondos hasta ahora dedicados a la investigación biomédica básica y translacional hacia la generación de conocimiento para mejorar la atención sanitaria, especialmente ante el reto del envejecimiento y la multimorbilidad, y determinar las mejores vías para que los aspectos sociales impacten en el bienestar y la salud de las comunidades.
- (4) Es necesario apostar por la innovación en la atención sanitaria y social.

Los excesos se han traducido en sobremedicalización, proceso por el que eventos y características de la vida cotidiana se convierten en problemas de salud y, por lo tanto, son estudiados y tratados por profesionales de la salud. Suele estar acompañado o conducido por la disponibilidad de nuevos tratamientos. Pero es evidente que precisa de agentes que participen en la espiral de intervencionismo sanitario: la sociedad, los profesionales, los medios de comunicación, las autoridades y la industria farmacéutica. En ella influye claramente la cultura del bienestar en los países desarrollados, que se traduce en necesidades ilimitadas y nuevas expectativas de la mano de avances tecnológicos y considerando la visión de la muerte como un “fracaso de la Medicina”. De este modo, todo es susceptible de ser medicalizado: estados anímicos, características hereditarias no necesariamente patológicas, procesos fisiológicos naturales como la menopausia, la vejez, problemas laborales, etc. Con este fenómeno nace el concepto Disease Mongering (Monyhan, 2002): “la creación de enfermedades”, en las que se incluyen múltiples “no enfermedades”, ampliando los límites de lo que se considera patológico, convirtiendo los factores de riesgo en enfermedades, incorporando conceptos como preenfermedad o prefactor de riesgo, etc. Un fenómeno, cada vez más preocupante, que se ha denominado también “expansión múltiple de las enfermedades” y que nos lleva a la necesidad de revisar y adecuar los diagnósticos, e incluso eliminarlos (dediagnosticar) cuando se estime procedente (Añel & Palacio, 2023).

Ya en 1986, Marc Jamoule propuso el concepto de “prevención cuaternaria” (Jamoule, 2015). En 1999 el comité de clasificación de WONCA internacional aceptó la definición propuesta por este autor, que desde entonces está incluida en el diccionario de la WONCA como “el conjunto de medidas adoptadas para identificar al paciente en riesgo de sobrediagnóstico y sobremedicalización, para protegerlo de nuevas incursiones médicas, y sugerirle las intervenciones que son éticamente aceptables”. En España se tradujo en la estrategia de las Recomendaciones “No hacer” de la semFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2014).

3/ La “invisibilización mediática”

Los medios y su política de comunicación se vinculan directamente a la situación social que existe en relación con este tema. Es decir, al hospitalocentrismo docente, asistencial, de investigación y de gestión, y a su propia financiación que es más fácil que se obtenga de fuentes relacionadas con lo anterior.

Para explicarlo mejor, vamos a utilizar dos casos reales.

Caso 1. Andrés es un paciente de 39 años. El día 2 de diciembre del año 2023 acude a su médica de familia a solicitar los resultados de su analítica y a controlar su tensión arterial porque en la empresa le han dicho que la tiene alta. Su médica de familia descarta una hipertensión arterial secundaria y le prescribe una intervención de dieta y ejercicio. El 2 de diciembre Andrés pesaba 103 kg, con un índice de masa corporal de 32 (obesidad) y tenía una tensión arterial de 156/98, un colesterol total de 298, un HDL de 36, un LDL de 212, unos triglicéridos de 300, una glucemia de 120 y un riesgo cardiovascular del 7%. A los 6 meses Andrés pesaba 85 kg y tenía un índice de masa corporal de 27,2 (sobrepeso), tensión arterial 126/78, colesterol total 198, HDL 55, LDL 120, triglicéridos 100, glucemia 98 y un riesgo cardiovascular a los 10 años del 1%. Sin la intervención de dieta y ejercicio físico, pasados 20 años, Andrés podría salir en los periódicos por haber necesitado alguna actividad cardiológica intervencionista. Mientras que la intervención realizada en AP nunca será noticia en los periódicos, la segunda, hospitalaria, sí es noticia. Esto nos hace recordar una máxima de Hipócrates: “la mejor Medicina de todas es enseñarle a la gente cómo no necesitarla”. Pero, lamentablemente, esta visión de la medicina “no vende”.

Mientras que las intervenciones realizadas en Atención Primaria “no venden”, no son noticia en los periódicos, las intervenciones hospitalarias sí lo son

Caso 2. Examinando cómo se comunican las noticias sobre la elección de plazas MIR, es frecuente encontrarse con titulares que dicen “solo 45 de los 2000 primeros mires eligen atención primaria”. Primero, no se elige el ámbito de actuación, que sería la AP, sino especialidad que es la MFyC. Segundo, elegir 45 personas entre los 2000 primeros sitúa la Medicina de familia en el número 15 sobre las 46 en número de plazas elegidas en ese grupo. En el año 2023 la primera persona que eligió MFyC tenía el número 14. En estos 2000 primeros, 6 especialidades no habían sido elegidas por ningún candidato, 14 entre 1 y 10, cuatro entre 10 y 20, y 6 entre 22 y 42. No se debe de olvidar que 45 especialidades ofertan 6095 plazas en una horquilla entre 10 y 413 plazas, siendo la media 135, mientras que MFyC oferta 2455. No se pueden comparar magnitudes tan diferentes con porcentajes de elección. Cuando Endocrinología agotó sus 103 plazas habían sido elegidas 191 plazas de MFyC, cuando reumatología agotó sus 82 plazas, la MFyC había sido elegida por 406 candidatos, cuando Neumología agotó sus 157 plazas, MFyC había sido elegida por 637 candidatos. En Barcelona, MFyC presenta una preferencia competitiva positiva respecto al resto de especialidades en 33 de las 44 elegibles (75%). En Zaragoza en 30 de las 42 (71%). En Valencia en 25 de las 40 (62%). En Sevilla en 21 de las 42 (50%). Finalmente, en Madrid, MFyC presenta una preferencia competitiva positiva en 21 de las 45 (46%) (Zaldua, 2023).

Algunas soluciones

Ante esta situación es evidente que hay que reposicionar la AP y la MFyC, si lo que se desea realmente es mejorar la salud de la población. Para ello es necesario:

- Revertir el hospitalocentrismo docente, empezando por las facultades: lograr que en todas las facultades de Medicina se cuente con una asignatura propia de 12 créditos ECTS, con la presencia transversal de la MFyC en diferentes asignaturas, y prácticas tuteladas independientes desde los primeros años de la carrera y que se

desarrollen también en los centros de salud que deben de ser denominados universitarios. Se debe favorecer la presencia de profesores vinculados en todas las facultades de Medicina y se deben de crear unidades docentes de MFyC en todos los departamentos de los que dependa la MFyC (Casado et al, 2023). A nivel de formación especializada, sería muy recomendable volver al proyecto de troncalidad en el que muchas especialidades tendrían un tiempo de formación común en MFyC. Eso favorecería el conocimiento y el aprendizaje de algunas de las competencias de los especialistas hospitalarios en el ámbito de AP.

- Abandonar la denominación de médico de AP, médico de cabecera o médico general, ya que desde 1998 la denominación oficial es MFyC (Real Decreto 1753/1998 de 31 de julio. BOE núm. 205 de 27/08/1998). Reivindicar nuestro nombre y nuestra formación. Somos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC). No remitimos a nuestros pacientes a un “médico especialista hospitalario” (MEH), sino que les denominamos por su especialidad.

- Reconocer la labor que realizan los equipos de AP y los médicos de familia en cuanto a la atención que prestan a la población y a su enorme capacidad de resolución de los problemas de salud más prevalentes.

- Financiar y dotar adecuadamente a la AP

- Mejorar la planificación e los recursos humanos necesarios para su óptimo funcionamiento.

- Mejorar la organización y la gestión interna de los equipos de AP.

- Reconducir la investigación, que debe ser no solo biomédica, sino también biopsicosocial, comunitaria, digital, de análisis de sistemas, etc.

La valorización externa y el papel de los medios de comunicación

No sólo es necesaria la valorización interna del primer nivel asistencial, sino también su valorización externa. Crear alianzas estratégicas con los medios de comunicación y poner en marcha la mercadotecnia social para lograr cambios de comportamiento y de actitudes, apoyándonos en técnicas de comunicación y aprendizaje en el entorno de la AP.

¿Cómo reforzar nuestra “marca”? ¿Cómo comunicar nuestros resultados y nuestras innovaciones? ¿Cómo resolver la crisis de reputación? ¿Cómo hacer marketing de AP?

La valorización externa de la AP precisará los siguientes elementos, y puede que alguno más:

- Conocer a la población diana, a los destinatarios: la población general, la comunidad donde asienta el centro de salud, los propios médicos de familia, los especialistas hospitalarios, la universidad, los gestores, los políticos.

- Optimizar la información proporcionada: marketing de recomendaciones y contenidos.

- Utilizar estrategias de diferenciación.

- Difundir las experiencias positivas.

- Invertir en estructurar los mensajes correctos: utilizar los llamados “mensajes en acción”: mensajes expresos que se emiten con el fin de vincular un contenido y lo que queremos conseguir que las personas hagan

- Aprovechar el poder de lo visual.

- Promover la actualización tecnológica y el marketing digital.

- Utilizar la inteligencia artificial

- Abrir nuevas vías de comunicación con la ciudadanía: utilizar las nuevas tecnologías de la información y la comunicación y las redes sociales.

- Crear redes de comunicadores implicando a expertos en comunicación y a periodistas.

- Apoyarse en los líderes de opinión.

Todo ello debe responder a un proceso bien elaborado, que se sustente en una estrategia y cuente con la planificación, ejecución y análisis de la promoción del sistema sanitario público en general, y de la AP en particular, con un equipo específico de profesionales de la comunicación que lo desarrollen

Sería impensable que, hoy en día, en cualquier empresa o institución dentro del sistema de mercado no hubiera una dirección de marketing. ¿Por qué no, entonces, contar con una dirección de marketing en el sistema sanitario público? Esto es la valorización externa. Las estructuras de marketing y sus estrategias permitirían que los medios de comunicación conocieran y divulgaran los valores de la AP, participando en su principal objetivo: la inversión en salud, la mejora de la salud de la población diana.

Referencias bibliográfica

- Añel Rodríguez, RM & Palacio Lapuente, J. (2023). Dediagnosticar: otro aspecto esencial para la seguridad del paciente. [Internet]. Sano y Salvo. Blog de seguridad del paciente en atención primaria. [1 de noviembre de 2023; consultado 20 de septiembre de 2023]. <https://sano-y-salvo.blogspot.com/2023/11/dediagnosticar-otro-aspecto-esencial.html>
- Baker, R., Freeman, G. K., Haggerty, J. L., Bankart, M. J., & Nockels, K. H. (2020). Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 70(698), e600-e611. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X712289>
- Casado, V. (2018). La historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años. Perspectiva mundial y europea. *AMF*, 14(2): 79-86. <https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/la-historia-de-la-medicina-familiar-en-los-ultimos-50-anos-perspectiva-mundial-y-europea>
- Casado-Vicente, V., Martín-Álvarez, R., Aldecoa-Landesa, S., Sisó-Almirall, A., Magallón-Botaya, R., & García-Velasco, G. (2023). Primer informe del Observatorio de la Academia de Medicina Familiar y Comunitaria de España (AMFE) en la universidad española, 2023. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 16(3), 247-259. <https://dx.doi.org/10.55783/rcmf.160303>
- Dever, G. A. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social indicators research*, 2, 453-466. <https://doi.org/10.1007/BF00303847>
- Fajardo Alcántara, A. (2007). El proceso de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria en España. Cambios profesionales en Atención Primaria en la década de 1980. [Internet.] Tesis doctoral, Universidad de Granada. <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2010/08/16925506.pdf>
- Flexner, A. (1910). Medical Education in The United States and Canada. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. http://archive.carnegiefoundation.org/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf
- Grupo de trabajo de la SEMFyC para el proyecto Recomendaciones «No hacer». (2014). Recomendaciones NO HACER [Do Not Dos recommendations]. Barcelona: SEMFyC ediciones. https://e-documentossemfyc.es/wp-content/uploads/1e2fc3a18e3f__Doc33RecomendacionesNoHacer.pdf
- Haakenstad, A., Yearwood, J. A., Fullman, N., Bintz, C., Bienhoff, K., Weaver, M. R., ... & Gupta, V. K. (2022). Assessing performance of the Healthcare Access and Quality Index, overall and by select age groups, for 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet global health*, 10(12), e1715-e1743. DOI: 10.1016/S2214-109X(22)00429-6
- Jamouille, M. (2015). Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(2), 61. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.24>.
- Jones, R., & Wilsdon, J. R. (2018). The biomedical bubble: Why UK research and innovation needs a greater diversity of priorities, politics, places and people. Report. Nesta, London. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.15613.05609>
- Kringos, D. S., Boerma, W. G., Hutchinson, A., Saltman, R. B., & World Health Organization. (2015). Building primary care in a changing Europe: case studies. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/building-primary-care-in-a-changing-europe-study>

Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Ottawa, ON: Minister of Supply and Services Canada. Retrieved from Public Health Agency of Canada website: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

Mair, A. (1986). Sir James Mackenzie, 1853-1925: General Practitioner. London. Royal College of General Practitioners.

McWhinney, I. R. (1981). Teaching the principles of family medicine. Canadian Family Physician, 27, 801. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2305997/>

Ministerio de Sanidad (2023). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022. Resumen ejecutivo. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2022/Inf_anual_2022_Res_Ejecutivo.pdf

Monyhan, R. (2002). Disease-Mongers: How Doctors, Drug Companies, and Insurers are Making You Feel Sick. The BMJ 324 (923). <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.923/a>

Osler, W. (1907). Osler's Modern Medicine. Philadelphia: Lea Brothers.

Pereira Gray, D. J., Sidaway-Lee, K., White, E., Thorne, A., & Evans, P. H. (2018). Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. BMJ open, 8(6), e021161. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021161>

Sandvik, H., Hetlevik, Ø., Blinkenberg, J., Hunskaar, S. (2022) Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. British Journal of General Practice. 72(715): e84-e90. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>.

Servimedia (2024, 20 de julio). Sanidad vuelve a vender humo con la atención primaria: ahora dice que será "longitudinal". La Razón. https://www.larazon.es/sociedad/sanidad-vuelve-vender-humo-atencion-primaria-ahora-dice-que-sera-longitudinal_20240720669bac24ef89480001ff8c13.html

Starfield, B. Is primary care essential? (1994) Lancet. 22;344(8930):1129-33. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(94)90634-3).

The Economist (2018, Apr 26th). The importance of Primary Care. The Economist. <https://acortar.link/fcF0gl>

Zaldúa, Y. C., Coma, E., Fina, F., & Dalmau-Matarrodona, E. (2023). El atractivo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en la elección de plazas MIR 2023. Atención Primaria, 55(9). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102699>