

RECS - Revista Española de Comunicación en Salud

Año 2025 • Suplemento 1 • páginas 1 - 84

Atención Primaria: el poder de la comunicación

Editorial

¿Por qué un número especial de Atención Primaria en la Revista Española de Comunicación en Salud?

Artículos

Asistencia sanitaria y lobby farmacéutico: relaciones peligrosas

Desafíos de la Atención Primaria y retos de la comunicación en salud

El sesgo de visibilidad de la Atención Primaria

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

La paradójica fuerza de la atención primaria y el rumbo del Sistema Nacional de Salud

Marcas y otros animales mitológicos

Salud, mercado y atención primaria

Más no siempre es mejor (en los servicios sanitarios)

Revista Española de Comunicación en Salud

Suplemento 1 - **Atención Primaria: el poder de la comunicación**, 2025, p. 1-84

Editores invitados

Emilio Rodríguez Bilbao, Rosa M.^a Añel Rodríguez

Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, Asociación
Española de Comunicación Sanitaria (AECS), España

ISSN 2444-6513 (versión impresa)
ISSN 1989-9882 (versión electrónica)
Depósito Legal: M-29853-2015

Editada por:



uc3m | Universidad
Carlos III
de Madrid

Editor-Jefe

Dr. Daniel Catalán Matamoros, Universidad Carlos III de Madrid, España

Editores asociados

Dra. Andrea Langbecker, Universidad Carlos III de Madrid, España

Dr. José Borja Arjona Martín, Universidad de Granada, España

Dra. Elva Martín Batista, Centro de Biología Molecular Severo Ochoa, España

Dr. Rubén Mirón González, Universidad de Alcalá, España

Dra. María del Carmen Rodríguez García, Universidad de Almería, España

Asistente Editorial

Dra. Mariola Moreno Calvo, Universidad Carlos III de Madrid, España

Dra. Lucía Carton Erlandsson, Hospital Beata María Ana y Universidad Pontificia de Salamanca, España

Comité editorial

Dr. Miguel Muñoz-Cruzado y Barba, Universidad de Málaga, España

Dr. Carlos Elías Pérez, Universidad Carlos III de Madrid, España

Dra. Patricia Rocamora Pérez, Universidad de Almería, España

Dra. María Teresa Icart Isern, Universidad de Barcelona, España

Dr. Carlos Javier vander Hofstadt Román, Universidad Miguel Hernández, España

Dra. Rosario Gómez Sánchez, Universidad Católica de Murcia, España

Dra. Anna Sendra Tosev, University of Ottawa, Canadá

Dra. Verónica V. Márquez Hernández, Universidad de Almería, España

Comité Científico

Dr. José Luis Blanco Terrón, InCom-UAB, España

Dr. Carlos Cachán-Alcolea, Universidad Nebrija, España

Dr. José Cerdán, Århus University Hospital, Dinamarca

Dr. Luís Manuel Cibanal Juan, Universidad de Alicante, España

Dr. Antonio Python Cyrino, Universidade Estadual Paulista, Brasil

Dr. Jesús Díaz-Campo, Universidad Internacional de la Rioja, España

Dra. Gea Ducci, Università di Urbino Carlo Bo, Italia

Dra. Petya Eckler, University of Strathclyde, Reino Unido

Dr. Edgardo Escobar, ITMS-Telemedicina, Chile

Dr. Javier Galán Gamero, Universidad Carlos III de Madrid, España

Dr. Sergio Godoy Etcheverry, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

Dra. Cristina González Díaz, Universidad de Alicante, España, España

Dr. Santiago Graiño Knobel, Universidad Carlos III de Madrid, España

Dra. Liliana Gutiérrez-Coba, Universidad de La Sabana, Colombia

Dra. Melva Herrera-Godina, Universidad de Guadalajara, México

Dr. Jeong-Nam Kim, University of Oklahoma, Estados Unidos

Dr. Knut Tore Lappégaard, Universidad de Tromsø, Noruega

Dra. Remedios López Liria, Universidad de Almería, España

Dr. Alessandro Lovari, Università di Cagliari, Italia

Dr. Carlos Macía Barber, Universidad Carlos III de Madrid, España

Dra. María de Fátima Martins, Universidade do Minho, Portugal

Dra. Mª Carmen Neipp López, Universidad Miguel Hernández, España

Dra. Carmen Peñafiel Saiz, Universidad del País Vasco, España

Dr. Pedro Ramos Contreras, Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Dra. Doreen Reifegerste, Universität Erfurt, Alemania

Dra. Patricia Rocamora Pérez, Universidad de Almería, España

Dra. Carmen Ropero Padilla, Universitat Jaume I, España

Dr. Peter Schulz, University of Lugano, Suiza

Indexación en bases de datos

La revista RECS se encuentra indexada en las siguientes bases de datos:

- En la base de datos Emerging Sources Citation Index (ESCI), incluida en la plataforma Web of Science.
- En la base de datos ISOC y en las herramientas de análisis DICE (Difusión y Calidad Editorial de las Revistas Españolas de Humanidades y Ciencias Sociales y Jurídicas) producidas por el CSIC.
- En las bases de datos ERIH Plus, CIRC y MIAR (Matriz de Información para el Análisis de Revistas).
- En la plataforma REDIB (Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico)
- Incorporada a CUIDEN® es una Base de Datos Bibliográfica de la Fundación Index
- Incluida en el catálogo LATINDEX. - Referenciada en Dialnet (Universidad de La Rioja).
- Indizada en Academic Search Premier (EBSCO).
- Indizada en DOAJ (Directory of Open Access Journals).

La revista RECS ha obtenido el certificado de revista excelente y el Sello de calidad FECYT en 2021, 2022, 2023 y 2024.

Nota de copyright

Los textos publicados en esta revista están – si no se indica lo contrario – bajo una licencia Reconocimiento - Sin obras derivadas 3.0 España de Creative Commons. Puede copiarlos, distribuirlos y comunicarlos públicamente siempre que cite su autor y la revista y la institución que los publica y no haga con ellos obras derivadas. La licencia completa se puede consultar en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/es/deed.es>

Los derechos de autor pertenecen al autor de la obra por el mero hecho de su creación:

- Los derechos de contenido moral son irrenunciables e inalienables.
- Los derechos de contenido económico, o derechos de explotación, pueden ser cedidos a terceros como ocurre con los trabajos publicados, en los que el autor cede parte o la totalidad de estos derechos a la editorial.

El autor puede autoarchivar sus artículos en un repositorio institucional, siempre que se cite su publicación en esta revista.

Declaración de privacidad

Los nombres y direcciones de correo introducidos en esta revista se usarán exclusivamente para los fines declarados por esta revista y no estarán disponibles para ningún otro propósito u otra persona.

Revista Española de Comunicación en Salud, publicación semestral. Revista de acceso abierto y gratuito Suscripciones mediante envío de email a reks@uc3m.es

Contacto:

Prof. Dr. Daniel Catalán Matamoros

Despacho 17.2.23

Universidad Carlos III de Madrid, Calle Madrid 133

28903 Getafe, Madrid España

e-mail: reks@uc3m.es - Web de RECS y envío de artículos: <http://www.uc3m.es/reks>

¿Por qué un número especial de atención primaria en la Revista Española de Comunicación en Salud?

Why a special issue on primary care in the Spanish Journal of Health Communication?

*No he de callar por más que con el dedo,
ya tocando la boca o ya la frente,
silencio avises o amenaces miedo.*

*(Epístola al Conde-Duque de Olivares,
F. de Quevedo)*

Nunca hemos tenido tantas evidencias sobre lo que Atención Primaria (AP) aporta a la salud de la población y a la eficiencia y sostenibilidad del propio sistema sanitario (Starfield, 2004; Sandvik et al., 2022; O'Dowd, 2024). Sin embargo, nunca se ha atentado tanto contra ella.

La propia definición que hace el Ministerio de Sanidad contribuye al desconocimiento de lo que es y lo que realmente aporta, dando la impresión de que su función es, sobre todo, facilitar el paso de los pacientes hacia los especialistas focales y la atención hospitalaria (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010; Boletín Oficial del Estado, 2007). Según el Ministerio, la AP es “el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos, y como regulador de flujos”. Dos frases, treinta y seis palabras, cinco ideas “administrativas” (globalidad, continuidad,

gestor, coordinador, regulador) y una idea de “salud” (vida). Esta definición, farragosa y burocratizante, trasmite una imagen endeble que no hace justicia ni a su esencia, ni a su verdadero valor. En su artículo titulado “Marcas y otros animales mitológicos”, Pilar Kaltzada nos habla de los procesos de branding para gestionar la imagen de marca y el prestigio de un servicio, tan descuidados en el ámbito de lo público.

Una de las principales amenazas de la AP es su invisibilidad y falta de prestigio, sobre todo cuando se compara con la atención hospitalaria (AH). Las bondades de la AP no tienen el brillo de los avances tecnológicos y farmacológicos, por lo que raramente aparece en los medios, y cuando lo hace es a través de titulares y noticias que cronifican su imagen negativa. Tampoco se reconoce su valor por parte de los gestores y los especialistas de AH que, a menudo, tratan a los profesionales de AP como de segunda división. La realidad, sin embargo, es que los centros de salud salvan y mejoran, cada día, muchas más vidas que los hospitalares. Una realidad que

pasa desapercibida, como ocurre con los detalles menos llamativos de la cotidianidad. Lo explica a la perfección Verónica Casado: “el principal valor de la AP es lo que evita, y lo que evita no se ve: no se ven ni los infartos, ictus, suicidios y cánceres que evita” (Casado, 2020).

La reducción de la mortalidad de hasta un 25% que ha demostrado la asistencia longitudinal prestada por los médicos de AP no atrae la atención de los medios (Añel & Astier, 2022). Si se tratara de un medicamento, esta noticia acapararía las portadas de todos los periódicos y abriría los informativos de televisión en todo el mundo. Y todo el mundo desearía tomar “esa medicina”. Sin embargo, la triste realidad es que la relación estable y cotidiana entre el médico de familia y sus pacientes no resulta atractiva para los medios de comunicación, ni siquiera para los propios. Los gabinetes de comunicación de las organizaciones sanitarias y de las sociedades científicas (incluso las más concernidas por agrupar a los profesionales de AP) se dirigen mucho más hacia adentro (comunicación interna dirigida a los propios profesionales) que hacia el conjunto de la sociedad (comunicación externa dirigida a la ciudadanía). Da la impresión de que compiten unas con otras a ver quién hace más, quién tiene más actividades y programas innovadores, quién es mejor, ... olvidando lo que de verdad importa: dar a conocer el valor de la atención primaria. Prestigiarla y potenciarla. Como exponen Rosa Añel y Emilio Rodríguez en el artículo que cierra

este número especial, salir de esta endogamia informativa requiere un cambio de política de comunicación, una actitud proactiva que logre una mayor presencia de la AP en los medios, y una dedicación intensa para informar al conjunto de la sociedad qué es y qué aporta realmente la AP a la salud de las personas, al conjunto de la población. Además, en un contexto como el actual, donde priman la indemorabilidad, la medicalización y el intervencionismo, cada vez es más necesario adecuar las demandas y expectativas de la ciudadanía y educar en el uso adecuado de los servicios sanitarios (Añel, 2021).

En su artículo “Desafíos de la Atención Primaria y retos de la comunicación en salud”, Carmen Peñafiel y Milagros Ronco subrayan el papel de los profesionales de la comunicación en la educación y alfabetización en salud, destacando la función de mediación que el periodismo especializado en salud ejerce entre la ciencia y la población. Del mismo modo, la AP, con sus valores y peculiaridades (tratar a las personas cerca de casa, prestar atención continuada a lo largo del tiempo y coordinar las diferentes atenciones que recibe un mismo paciente), se erige como la interfaz principal entre el sistema sanitario y las personas.

Precisamente por sus atributos y peculiaridades, la AP es el elemento del sistema sanitario público que más y mejor contrarresta los efectos de la Ley de Cuidados Inversos: “el acceso a la atención médica de calidad disminuye en proporción inversa a su necesidad en la población y ello se cumple más intensamente donde las fuerzas del mercado son más intensas” (Tudor, 1971). La AP es la parte del sistema sanitario que ofrece una asistencia más accesible, justa y equitativa. Es también la que más contribuye, si no la única, a mitigar los riesgos asociados a la influencia y a los intereses de la industria farmacéutica. En su artículo “Asistencia sanitaria y lobby farmacéutico: relaciones peligrosas”, Carlos F. Oropesa nos muestra los vínculos directos e indirectos de la industria farmacéutica con todas las partes del ecosistema sanitario. E incide en que la AP, con su enfoque centrado en el paciente y la práctica clínica basada en la evidencia, es quien mejor puede actuar, como freno, frente a los intereses comerciales y frente a la actual corriente intervencionista y medicalizadora de todos los aspectos y fases de la vida.

Sobre la necesidad de adecuar las intervenciones, las prestaciones y las expectativas, versa el artículo “Más no siempre es mejor (en los servicios sanitarios)”. A través del análisis de cuatro situaciones específicas, Juan Gérvias y Mercedes Pérez ponen de relieve el doble problema del sistema sanitario actual: de acceso para las poblaciones marginadas y de excesos para el resto de la población. Si de algo se necesita más, es precisamente de la atención primaria. Más atención primaria para una asistencia sanitaria más accesible, más justa y equitativa. Más atención primaria para una asistencia más segura, que evite los daños derivados de los llamados “excesos médicos”.

Por su parte, en el artículo “Salud, mercado y atención primaria”, Juan Simó analiza la infradotación e infrafinanciación relativa de la AP respecto a la atención hospitalaria, y sus efectos. Los modelos alternativos de provisión privada de servicios sanitarios, sin AP, favorecen a las clases sociales más pudientes. En el colectivo mutualista están los profesionales sanitarios, del ámbito judicial y educativo, investigadores, altos cargos de la Administración, mandos de cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, inspectores de trabajo y de hacienda, ... que no tienen experiencia de uso de la AP. Se priva así a la AP no solo del dinero público que se desvía a la financiación de las mutualidades, sino también del potente estímulo a la mejora del servicio que podrían ejercer los ciudadanos más informados, cualificados e influyentes, si fueran usuarios habituales de AP. Es el llamado “descremado sociológico”, concepto acuñado por el propio Simó (2021) para explicar este fenómeno.

Beatriz González, experta en economía de la salud, insiste en que los sistemas sanitarios basados en una atención primaria fuerte son superiores porque consiguen más salud a menor coste y con mayor equidad. Para recuperar el profesionalismo perdido hay que introducir cambios en las organizaciones y en su financiación (dejando de pagar por ser y por hacer, para comenzar a pagar por la consecución de los objetivos de salud) y optimizar el nivel de competencias de cada categoría profesional, entre otras medidas que detalla en su artículo titulado “La paradójica fuerza de la atención primaria y el rumbo del Sistema Nacional de Salud”.

La Atención Primaria enfrenta demasiadas amenazas. Su crítica situación bien merece un monográfico, aquí y ahora, en la Revista Española de Comunicación en Salud

Queda patente, a lo largo de este número especial, que las amenazas de la AP van más allá de su perpetua infrafinanciación e infradotación de recursos. La invisibilización de su impacto en la salud, el desconocimiento de su alto nivel de resolución y la infravaloración del potencial de sus profesionales también juegan en contra de su adecuado funcionamiento. Las medidas de gestión que atentan contra la esencia de la AP y contra los atributos que la hacen única e insustituible, terminan de rematarla (Sánchez, Padilla & Gavilán, 2021). Llaman muchísimo la atención las no infrecuentes malas decisiones de organización de la AP, porque son todo lo contrario de lo que políticos y gestores dicen que hay que hacer para reforzarla (SoMaMFyC, 2018). También llama la atención “la incapacidad de la AP en España, a lo largo de casi medio siglo, de haber constituido un lobby con capacidad de presión suficiente potente como para defender e imponer sus condiciones, sabiendo que ningún partido político ha apostado realmente por ella” (Minué, 2024).

Demasiadas amenazas para una Atención Primaria, cuya crítica situación bien merece un monográfico, aquí y ahora, en la Revista Española de Comunicación en Salud.

Referencias bibliográfica

- Añel Rodríguez, R.M., Astier Peña, P. (2022). Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*;15(2):75-76. Consultado el 27 de octubre de 2024: <https://revclinmedfam.com/article/longitudinalidad-en-atencion-primaria-un-factor-protector-de-la-salud>
- Añel, R. (2021, 24 de junio). El paciente cliente y la calidad de la demanda. Deia. Consultado el 27 de octubre de 2024: <https://www.deia.eus/opinion/tribuna-abierta/2021/06/24/paciente-cliente-calidad-demanda/1130794.html>
- Boletín Oficial del Estado. (2007). Artículo 12 de la Ley de 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Consultado el 26 de octubre de 2024: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>
- Casado, V. (2020, 11 de mayo). La atención primaria, la gran olvidada de la sanidad pública. Cadena SER. Madrid. Minuto 07:54. Recuperado el 26 de octubre de 2024, de https://cadenaser.com/programa/2020/05/11/hoy_por_hoy/1589187247_114292.html
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). Cartera de servicios comunes de atención primaria. Madrid. Consultado el 26 de octubre de 2024: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/home.htm>
- Minué, S. (2024). Para una reforma real de la Atención Primaria conviene desenmascarar a los elefantes. *Atención Primaria*; 56(8):103029. Consultado el 27 de octubre de 2024: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103029>
- O'Dowd, A. (2024). Patients use healthcare services more when their regular GP leaves, study finds. BMJ 2024; 386. Consultado el 26 de octubre de 2024: <https://doi.org/10.1136/bmj.q1678>
- Sánchez, M., Padilla, J., & Gavilán, E. (2021). ¿Qué es la Atención Primaria de Salud? AMF, 17(2), 76-84. Consultado el 27 de octubre de 2024: <https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/que-es-la-atencion-primaria-de-salud>
- 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. Consultado el 26 de octubre de 2024: <https://bjgp.org/content/72/715/e84>
- Simó, J. (2021). La causa de la causa del ocaso de la Atención Primaria española. *Revista Clínica de Medicina de Familia*; 4(3):129-130. Consultado el 27 de octubre de 2024: <https://revclinmedfam.com/article/la-causa-de-la-causa-del-ocaso-de-la-atencion-primaria-espanola>
- SoMaMFyC, Junta Directiva. (2018). No todo vale en la gestión de la Atención Primaria. *Revista de la Sociedad*

Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria; 4(20). Consultado 23 de octubre de 2024: <https://www.somamfyc.com/publicaciones-listado/revistas/vol-20-no-1-abril-2018-revista-medicos-de-familia/>

Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J. (2004). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*;83(3):457-502.

Emilio Rodríguez Bilbao

Vicepresidente de la Asociación Española de Comunicación Sanitaria (AECS); médico jubilado, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, España

 emiliofelix@gmail.com

Rosa M.^a Añel Rodríguez

Médica de familia, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, España

 rosamaria.anelrodriguez@osakidetza.eus

Asistencia sanitaria y lobby farmacéutico: relaciones peligrosas Healthcare and pharmaceutical lobby: dangerous relations

Carlos Fernández Oropesa^a

^aÁrea de Gestión Sanitaria Nordeste de Granada, España

Resumen

Este artículo explora las complejas y a menudo problemáticas relaciones entre el sistema sanitario y el lobby farmacéutico, con especial atención a las dinámicas en atención primaria. Se analiza cómo las multinacionales farmacéuticas ejercen su influencia mediante actividades de lobbismo lo que, a nivel profesional, compromete la transparencia y la independencia en la toma de decisiones clínicas. En los sistemas de salud, estas prácticas incluyen la fijación de precios elevados, la prolongación de patentes y el uso de estrategias de marketing que pueden distorsionar la atención médica, impactando tanto en la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) como en la calidad de la atención que reciben los pacientes. Asimismo, el texto destaca el papel fundamental de la Atención Primaria (AP) como un pilar clave para contrarrestar estas influencias. La AP, con su enfoque centrado en el paciente y la medicina basada en la evidencia, puede actuar como un freno frente a los intereses comerciales. En este contexto, se subraya la importancia de una comunicación transparente y responsable para garantizar que las decisiones médicas sigan priorizando la salud pública. Finalmente, en el artículo insta a implementar reformas que promuevan la transparencia y salvaguarden la integridad del sistema de salud.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Comunicación; Responsabilidad Social; Ética Médica; Industria Farmacéutica; Salud Pública.

Abstract

This article explores the complex and often problematic relationships between the healthcare system and the pharmaceutical lobby, with a particular focus on the dynamics in primary care. It analyses how pharmaceutical multinationals exert their influence through lobbying activities, which, at a professional level, compromise transparency and independence in clinical decision-making. In healthcare systems, these practices include setting high prices, extending patents and using marketing strategies that can distort medical care, impacting both the sustainability of the National Health System (NHS) and the quality of care received by patients. Furthermore, the text highlights the fundamental role of Primary Care (PC) as a key pillar to counteract these influences. PC, with its patient-centred approach and evidence-based medicine, can act as a brake on commercial interests. In this context, the importance of transparent and responsible communication is underlined to ensure that medical decisions continue to prioritise public health. Finally, the article calls for reforms to promote transparency and safeguard the integrity of the health system.

Keywords: Primary Health Care; Communication; Social Responsibility; Medical Ethics; Drug Industry; Public Health.

Introducción

Martín (2024) publicó un artículo cuyo objetivo ha sido exponer las prácticas ocultas de las multinacionales farmacéuticas en España. El estudio aborda específicamente cómo estas empresas utilizan pagos a los profesionales sanitarios para influir en sus decisiones y promover sus propios intereses dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS). Con su extensa investigación, el autor buscaba revelar las redes de intereses y conflictos que estas prácticas generan, subrayando la falta de transparencia y las implicaciones negativas para la ética y la eficacia del sistema sanitario.

El tema, por conocido, no deja de ser polémico, sobre todo a la luz de las conclusiones del artículo citado, que indican que las relaciones entre la industria farmacéutica y los profesionales sanitarios están marcadas por prácticas que pueden comprometer la independencia y la objetividad de estos últimos. Por consiguiente, es urgente implementar reformas que promuevan la transparencia y prioricen la salud pública sobre los intereses comerciales, para evitar que los réditos corporativos dominen el proceso de toma de decisiones en el ámbito sanitario.

La situación anterior no parece exclusiva de nuestro país, habida cuenta del gran volumen de evidencia publicada al respecto. En las últimas décadas, la relación entre los sistemas sanitarios y los laboratorios farmacéuticos ha sido objeto de múltiples análisis, críticas y debates (Civio, 2017; Sayed et al., 2024).

Como es sabido, la industria farmacéutica juega un papel fundamental en el desarrollo de medicamentos que salvan y mejoran vidas, la reciente pandemia de COVID-19 ha sido un buen ejemplo de ello. Sin embargo, existe una creciente preocupación por la influencia que ejerce en los sistemas de salud, con posibles implicaciones de índole ética y práctica, fruto de una inadecuada relación entre el lobby farmacéutico y las instituciones sanitarias, organizaciones académicas, sociedades científicas y los propios profesionales, a la luz de los datos que revelan las ingentes cantidades de dinero invertidas en estas prácticas (Statista, 2024).

En el contexto asistencial español, la atención primaria (AP) es un pilar esencial para garantizar que la salud pública se mantenga centrada en el interés del paciente, antes que en los intereses comerciales. Una AP fuerte, con sus atributos conservados, puede desempeñar un papel crucial en la mitigación de los riesgos asociados a la influencia del lobby farmacéutico.

Este artículo examina la relación entre la asistencia sanitaria y el lobby farmacéutico, con un doble enfoque: por un lado, identificando los riesgos inherentes y las consecuencias de dicha relación y, por otro, explorando cómo una AP robusta junto con una comunicación efectiva, puede actuar como un contrapeso necesario.

Actividades del lobby farmacéutico y sus consecuencias

El término "lobby" o más acertadamente en español, grupo de presión, se define como un conjunto de personas que, en beneficio de sus propios intereses, influye en una organización, esfera o actividad social (Real Academia Española, 2024). En el ámbito sanitario, el lobbismo farmacéutico se refiere a las actividades realizadas por la industria farmacéutica y sus representantes para influir en las políticas de salud, la legislación y las decisiones de los profesionales sanitarios a cualquier nivel (Van de Vrande, Subramanian, Lévesque & Klopf, 2024). Esta influencia se ejerce de múltiples maneras, desde la financiación de estudios clínicos y la promoción de medicamentos específicos, hasta la formación de médicos y la presión sobre los legisladores para aprobar regulaciones favorables (Chimonas, Mamoor, Bach & Korenstein, 2021). Como se puede observar en la Figura 1, la industria de productos médicos no solo tiene numerosos vínculos directos con todas las partes clave del ecosistema de atención médica y con algunas actividades, sino también vínculos indirectos en todo el ecosistema de la salud.

En España, como en muchos otros países, la industria farmacéutica invierte considerables recursos en actividades de lobbismo. Estas actividades pueden incluir la organización de congresos médicos, la financiación de publicaciones científicas y la participación en comités de evaluación de tecnologías sanitarias (Martín, 2024). Si bien, estas acciones no son ilegales, sí plantean cuestiones sobre la posible distorsión de la práctica clínica y la política sanitaria, en favor de los intereses comerciales, con el consiguiente impacto en los costes, la sostenibilidad del sistema sanitario público y los potenciales daños asociados a los pacientes.

En el contexto español, la atención primaria es un pilar esencial para garantizar que la salud pública se mantenga centrada en el interés del paciente, antes que en los intereses comerciales

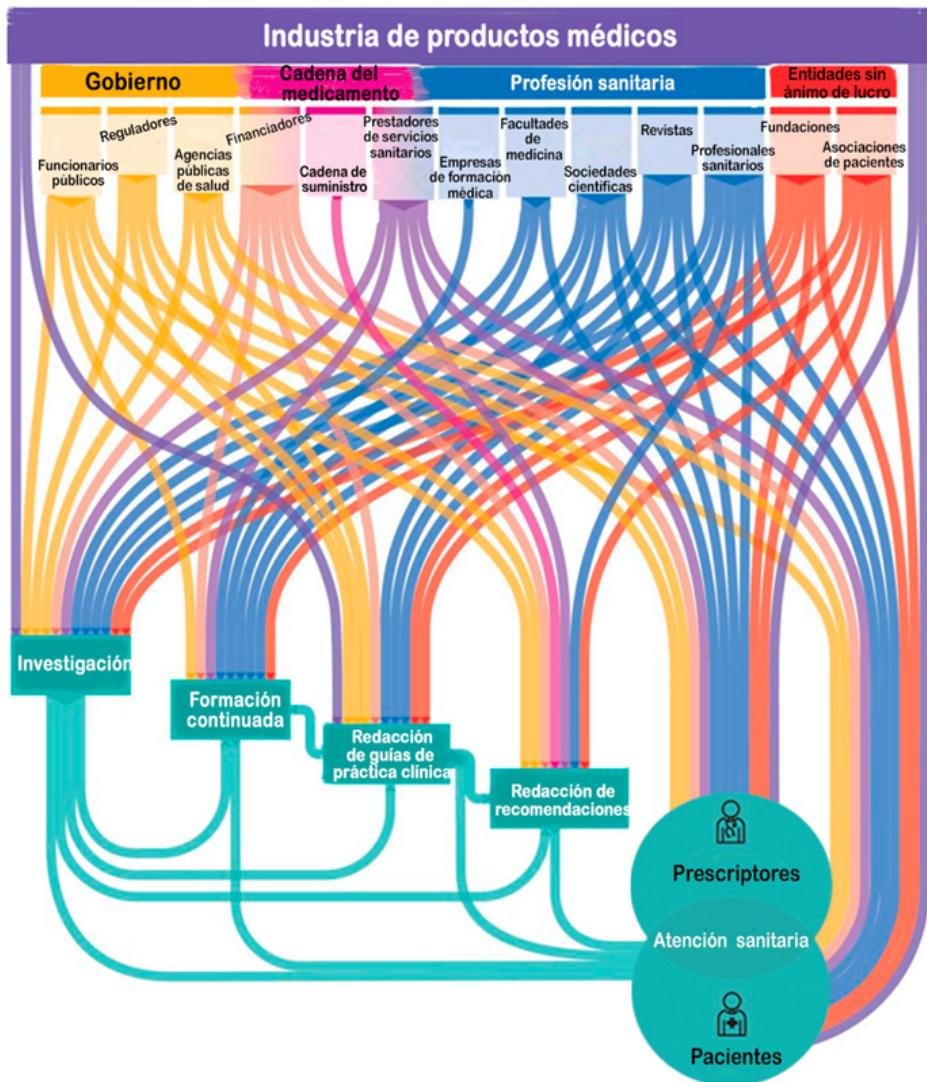


Figura 1. Ecosistema de la atención médica. Representación de la compleja red de vínculos asociados con las industrias farmacéutica, de dispositivos médicos y de biotecnología en las actividades y partes clave del ecosistema de atención médica.

Traducida y adaptada a partir de: Chimonas, S., Mamoor, M., Zimbalist, S. A., Barrow, B., Bach, P. B., & Korenstein, D. (2021). Mapping conflict of interests: scoping review . BMJ, 375.

A continuación, y sin ánimo de ser exhaustivos, vamos a repasar brevemente algunas de las prácticas más comunes:

1.- Fijación de precios elevados, lo que puede afectar a la accesibilidad a los nuevos tratamientos: la industria farmacéutica justifica unos precios iniciales altos argumentando el alto coste de la investigación y desarrollo (I+D) de los nuevos medicamentos, de tal manera que, cuando salen al mercado su precio suele ser superior a las alternativas existentes, aprovechando el período de exclusividad de la patente que impide la competencia de los genéricos (DiMasi, Grabowski & Hansen, 2016; Kesselheim, Avorn & Sarpatwari, 2016). Todo lo anterior parece coherente en un mercado libre y con medicamentos considerados innovadores, porque aportan mejoras sustanciales en términos de seguridad, eficacia o adecuación. No obstante, hay controversia por la falta de transparencia de los costes en I+D o cuando dichas mejoras son cuestionables, como ocurre con los nuevos tratamientos oncológicos (Brinkhuis, Goettsch, Mantel-Teeuwisse & Bloem, 2024).

2.- Prolongación del proceso de exclusividad: muy relacionado con el punto anterior, la fijación de precios en medicamentos de especial relevancia para la industria farmacéutica, puede asociarse a prácticas para la prolongación del proceso de exclusividad ligado a la patente, mediante pequeñas modificaciones en la formulación del medicamento, como sucede con los isómeros, sales y profármacos (Kapczynski, Park & Sampat, 2012), o

mediante nuevas indicaciones terapéuticas o métodos de administración que permiten obtener nuevas patentes. Este proceso, conocido como “evergreening” retrasa la entrada de los genéricos a un precio más contenido y busca, en definitiva, maximizar los beneficios económicos (Hemphill & Sampat, 2012).

Otras acciones muy extendidas son el blindaje de un producto con múltiples patentes, como ha ocurrido recientemente con los análogos del receptor del GLP-1 (Alhiary, Kesselheim, Gabriele, Beall, Tu & Feldman, 2023), los interminables y caros litigios por las patentes (Thomas, 2010) o el pago por demora (Hemphill, 2006), que consisten en acuerdos para pagar a las compañías de genéricos para que retrasen la introducción de sus versiones más económicas en el mercado.

En definitiva, el alto coste de los medicamentos de reciente comercialización (independientemente de su valor terapéutico), mantenido en el tiempo con estas prácticas, puede exacerbar las desigualdades en el acceso a tratamientos, especialmente en los países con menos recursos para invertir en sanidad. Así mismo, los pacientes más vulnerables pueden verse privados de opciones terapéuticas accesibles y efectivas (Tenni et al., 2022; Gøtzsche, 2018).

3.- Estrategias de marketing: realizando una promoción directa de sus productos a los prescriptores para que prioricen su uso, incluso si existen mejores opciones avaladas por la evidencia científica (Mora, 2003), alternativas similares más económicas o si la indicación no está autorizada en la ficha técnica (uso off label) (Rusz, 2021). Para estos fines, el lobby farmacéutico tiene múltiples herramientas, como la visita médica, el patrocinio de actividades formativas u otro tipo de encuentros profesionales (Wazana, 2000; Fugh-Berman, 2021), los incentivos económicos directos (pagos por consultorías, participación en estudios patrocinados, conferencias) (Martín, 2024), la elaboración de directrices de tratamiento como consensos y guías (Lenzer, 2013), o el patrocinio de estudios (Gazendam, Slawaska-Eng, Nucci, Bhatt & Ghert, 2023).

Todas estas prácticas y actividades realizadas por la industria farmacéutica y sus representantes pueden acarrear las siguientes consecuencias:

- Prescripción de baja calidad (Aaron et al., 2021).
- Fragmentación de la atención, al centrarse el discurso en un medicamento o enfermedad concretos y no en el abordaje holístico del paciente.
- Manipulación de la demanda y expansión injustificada de los diagnósticos, por la proliferación de enfermedades “inventadas” para la ocasión (Moynihan, Heath & Henry, 2002) y de trastornos o procesos que se ponen de moda (Lexchin, 2006).
- Y, lo que estimamos más importante: el control de la narrativa con campañas de sensibilización y estrategias de marketing, con efectos directos en los pacientes (allí donde está permitido), y su influencia en los medios de comunicación y en la opinión pública (Angell, 2004).

Como consecuencia de todo lo anterior, se puede originar una práctica profesional distorsionada por los conflictos de interés que pueden sesgar la toma de decisiones clínicas, en detrimento del paciente.

El rol de la atención primaria en la mitigación de los riesgos

La AP es el primer punto de contacto de los pacientes con su sistema de salud y la Organización Mundial de la Salud la define como “un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las personas tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas” (World Health Organization, 2018). Su enfoque holístico y centrado en el paciente, son propiedades que tienen la capacidad de convertirla en un bastión contra una influencia excesiva de la industria farmacéutica.

Una AP fuerte puede ayudar a mitigar los riesgos asociados al lobby farmacéutico de las siguientes maneras:

1. Medicina basada en evidencias. De la propia definición de este término puede inferirse que, como el resto de los profesionales sanitarios, los que desempeñan su labor en AP tienen la responsabilidad de basar sus decisiones en la mejor evidencia científica disponible (Sackett, Rosenberg, Muir, Haynes & Richardson, 1996). Al mantenerse informados y críticos respecto a la información proporcionada por la industria farmacéutica, pueden garantizar que las decisiones clínicas se centren en la eficacia y seguridad de los tratamientos, en lugar de los intereses comerciales (Spielmans & Parry, 2010).

2. Prescripción prudente. Muy relacionado con el punto anterior. Los prescriptores que desarrollan su labor en AP están en una posición privilegiada para implementar los principios de la prescripción prudente descritos por Schiff (2011). Estos principios instan a los médicos a (1) pensar más allá de los medicamentos; (2) practicar una prescripción más estratégica; (3) mantener una mayor vigilancia con respecto a los efectos adversos; (4) ejercer cautela y escepticismo con respecto a los nuevos medicamentos; (5) trabajar con los pacientes en una agenda; y (6) considerar los impactos más amplios y a largo plazo de los tratamientos. Todo lo anterior está orientado a proteger a los pacientes de tratamientos innecesarios en aras de una mayor seguridad y mejor calidad asistencial y, además, contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario.

3. Comunicación transparente con los pacientes. La comunicación abierta y transparente con los pacientes es esencial en un contexto de toma de decisiones compartidas, que incluye tres elementos fundamentales: 1/ un intercambio de información (personal y médica) entre el paciente y el sanitario que lo atiende, 2/ la deliberación sobre las distintas opciones, y 3/ llegar a una decisión consensuada. En este proceso interactivo, el profesional sanitario aporta sus conocimientos, así como información acerca de los riesgos y beneficios de la intervención en cuestión, mientras que el paciente lo hace sobre sus valores, preferencias, preocupaciones y su experiencia con el problema de salud (INFAC, 2014).

4. Colaboración interdisciplinaria. La AP debe trabajar en estrecha colaboración con otros especialistas y profesionales de la salud para garantizar un enfoque integrado y coordinado en el manejo de las enfermedades (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, CGCOF, 2015). Esta colaboración puede ser efectiva para evitar la fragmentación de la atención a la que antes aludíamos y asegurar que las decisiones terapéuticas se tomen en el mejor interés del paciente. En el estudio realizado por el CGCOF, sobre cómo avanzar en el establecimiento de modelos de cooperación, se identificaron numerosas propuestas alrededor de cuatro grandes áreas (Figura 2): generar confianza entre los profesionales, mejorar la comunicación con herramientas compartidas, impulsar proyectos conjuntos y, todo ello, utilizando las nuevas tecnologías de la información.

GENERAR CONFIANZA

1. Impulsar la formación conjunta.
2. Desarrollar habilidades de comunicación y trabajo en equipo.
3. Asumir el rol asistencial y responsabilizarse.

MEJORAR LA COMUNICACIÓN

4. Generar estructuras que faciliten la comunicación entre profesionales: herramientas de comunicación interprofesionales, reuniones, foros, etc.

IMPULSAR PROYECTOS

5. Normalizar la cooperación e impulsar protocolos conjuntos de actuación.
6. Crear foros interdisciplinares con finalidades conjuntas y consensuadas y realizar pruebas piloto centradas en el paciente que puedan extenderse.
7. Evaluar y generar evidencia clínica.

UTILIZAR LAS TIC

8. Conseguir la interoperabilidad de los sistemas.
9. Permitir el acceso a la información de la historia clínica del paciente a todos los profesionales de la salud que intervienen en el proceso del paciente.
10. Registro de intervenciones en el historial de todos los profesionales sanitarios.

Figura 2. Propuestas para una cooperación efectiva entre profesionales sanitarios: 10 factores clave de éxito.

Fuente: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (2015). Colaboración entre profesionales sanitarios, clave en la Sanidad del futuro.

Importancia de la comunicación en atención primaria

La comunicación es un aspecto fundamental para que la AP pueda contrarrestar efectivamente la influencia del lobby farmacéutico. Algunas recomendaciones para aprovechar mejor el poder de la comunicación en el primer nivel asistencial son las siguientes:

1. Transparencia en la relación con la industria farmacéutica. La transparencia es esencial para gestionar los posibles conflictos de interés. Los médicos deberían evitar la relación directa con la industria farmacéutica, así como recibir cualquier tipo de pago o financiación. En cualquier caso, siempre deberían comunicar abiertamente cualquier relación financiera o profesional que mantengan con la industria farmacéutica. Esto no solo protege la integridad de la relación médico-paciente, sino que también fortalece la confianza de los usuarios en el sistema de salud (Altisent, Delgado y Astier, 2019).

2. Comunicación directa con los pacientes. En la relación médico-paciente, una comunicación clara, honesta y centrada en el paciente es crucial para garantizar que las decisiones terapéuticas se tomen en el mejor interés del paciente. Los profesionales de AP tienen la oportunidad de proporcionar de forma empática, información equilibrada y basada en evidencia a pacientes y familiares sobre las opciones de tratamiento disponibles. Esto, aunque va más allá de los aspectos puramente técnicos si se quiere establecer una relación colaborativa (INFAC, 2014; Padilla, Medina & Jaramillo, 2014) incluye explicar de manera comprensible los beneficios y riesgos de cada tratamiento. Al fomentar un entorno de confianza, los pacientes se sienten más capacitados para participar activamente en la toma de decisiones sobre su salud, lo que es fundamental para una atención centrada en la persona, lejos de la presión ejercida por la industria farmacéutica.

3. Formación continua. La comunicación es un elemento clave en la formación continua de los profesionales, fomentando el intercambio de conocimientos y experiencias lejos de la influencia de la industria farmacéutica. Para este fin, se pueden organizar foros y cursos donde se promueva una discusión abierta y crítica sobre los nuevos tratamientos y las evidencias que los avalan. Esto, que es esencial para garantizar una práctica médica informada y ética, debe ser un objetivo irrenunciable de las sociedades científicas y las administraciones sanitarias (Zamarriego, 2006)

4. Comunicación con profesionales de otros niveles asistenciales. La comunicación se erige como un vehículo que posibilita el establecimiento de vínculos profesionales, el desarrollo de confianza y respeto mutuo, y el reconocimiento de la labor profesional, facilitando la colaboración interdisciplinar (Fuentes, 2019). Por ejemplo, los médicos de familia deben colaborar estrechamente con otros profesionales de la salud para compartir información y tomar decisiones terapéuticas basadas en el consenso y en el mejor interés del paciente. La colaboración interdisciplinaria, que se ve favorecida por una comunicación clara y precisa, ayuda a evitar la fragmentación de la atención y favorece, además, la seguridad del paciente.

Conclusiones

La relación entre la asistencia sanitaria y el lobby farmacéutico es compleja y presenta muchos desafíos. Si bien es cierto que la industria farmacéutica desempeña un papel crucial en la cadena del medicamento, su influencia en el sistema de salud debe ser cuidadosamente gestionada para evitar que éste se desvíe de su objetivo principal: la mejora de la salud pública.

Una AP fuerte, con los medios suficientes y centrada en el paciente, es esencial para contrarrestar una influencia excesiva del lobby farmacéutico. Los profesionales sanitarios de AP, apoyados por la evidencia clínica, realizando una prescripción responsable y ejerciendo una comunicación efectiva, pueden actuar como un contrapeso para garantizar que los intereses del paciente continúen siendo la prioridad en todas las decisiones de salud.

En última instancia, el éxito en la mitigación de los riesgos asociados al lobby farmacéutico dependerá de la colaboración entre todos los actores del sistema de salud, incluidos legisladores, reguladores, gestores, profesionales sanitarios y la propia industria farmacéutica. Solo a través de un esfuerzo conjunto, y con una comunicación clara y transparente, se podrá garantizar un sistema de salud equitativo, eficaz y centrado en el paciente.

Si bien que
la industria
farmacéutica
desempeña un papel
crucial en la cadena
del medicamento,
su influencia en
el sistema de
salud debe ser
cuidadosamente
gestionada

Referencias bibliográfica

- Alhiary, R., Kesselheim, A. S., Gabriele, S., Beall, R. F., Tu, S. S., & Feldman, W. B. (2023). Patents and regulatory exclusivities on GLP-1 receptor agonists. *JAMA*, 330(7), 650-657. doi:10.1001/jama.2023.13872
- Altisent, R., Delgado-Marroquín, M. T., & Astier-Peña, M. P. (2019). Conflictos de interés en la profesión médica. *Atención Primaria*, 51(8), 506-511. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.05.004>
- Angell, M., & Angell, M. (2005). The truth about the drug companies: How they deceive us and what to do about it (p. 9). New York: Random House Trade Paperbacks. <https://www.bmjjournals.org/content/bmjj/329/7470/Reviews.full.pdf>
- Brinkhuis, F., Goettsch, W. G., Mantel-Teeuwisse, A. K., & Bloem, L. T. (2024). High cost oncology drugs without proof of added benefit are burdening health systems. *BMJ*, 384. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-066576>
- Chimonas, S., Mamoor, M., Zimbalist, S. A., Barrow, B., Bach, P. B., & Korenstein, D. (2021). Mapping conflict of interests: scoping review. *BMJ*, 375. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-066576>
- Civio. (23 octubre 2017). English and Swiss doctors are more transparent than German and Spanish ones [Internet]. Madrid: Fundación Ciudadana Civio. [citado 26 agosto 2024]. <https://civio.es/medicamentalia/2017/10/23/english-and-swiss-doctors-more-transparent-than-german-and-spanish-ones/>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. (2015). Colaboración entre profesionales sanitarios, clave en la Sanidad del futuro. Recuperado de: <https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2021/02/XIX-CNF-Informe-Colaboracion-entre-Profesionales-Sanitarios.pdf>
- DiMasi, J. A., Grabowski, H. G., & Hansen, R. W. (2016). Innovation in the pharmaceutical industry: new estimates of R&D costs. *Journal of health economics*, 47, 20-33. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.01.012>
- Fuentes-Colmenero, A. L. (2019). Características de la comunicación entre profesionales de enfermería y medicina para la seguridad del paciente. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 10(2), 160-170. <https://doi.org/10.20318/recs.2019.4326>
- Fugh-Berman, A. (2021). Industry-funded medical education is always promotion—an essay by Adriane Fugh-Berman. *BMJ*, 373. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1273>
- Gazendam, A. M., Slawaska-Eng, D., Nucci, N., Bhatt, O., & Ghert, M. (2022). The impact of industry funding on randomized controlled trials of biologic therapies. *Medicines*, 9(3), 18. <https://doi.org/10.3390/medicines9030018>
- Gøtzsche, P. C. (2018). Patients not patents: drug research and development as a public enterprise. *European Journal of Clinical Investigation*, 48(2). <https://doi.org/10.1111/ECI.12875>
- Hemphill, C. S. (2006). Paying for delay: Pharmaceutical patent settlement as a regulatory design problem. *NYUL Rev.*, 81, 1553.
- Hemphill, C. S., & Sampat, B. N. (2012). Evergreening, patent challenges, and effective market life in pharmaceuticals. *Journal of health economics*, 31(2), 327-339. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.01.004>
- Kapczynski, A., Park, C., & Sampat, B. (2012). Polymorphs and prodrugs and salts (oh my!): an empirical analysis of “secondary” pharmaceutical patents. *PLoS one*, 7(12), e49470. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0049470>
- Kesselheim, A. S., Avorn, J., & Sarpatwari, A. (2016). The high cost of prescription drugs in the United States: origins and prospects for reform. *JAMA*. 2016;316(8):858-871. doi:10.1001/jama.2016.11237
- Lenzer, J. (2013). Why we can't trust clinical guidelines. *BMJ*, 346. <https://doi.org/10.1136/bmj.f3830>
- Lexchin, J. (2006). Bigger and better: how Pfizer redefined erectile dysfunction. *PLoS medicine*, 3(4), e132. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030132>
- Martín Fernández-Gallardo, AM. (6 junio 2024). La red oscura que las multinacionales farmacéuticas ocultan tras los pagos a profesionales sanitarios: Sus líderes de opinión en el SNS y su red de intereses al descubierto [Internet]. Asociación Acceso Justo al Medicamento, Revista n.º 30. [citado 26 agosto 2024]. Recuperado de: <https://accesojustomedicamento.org/la-red-oscura-que-las-multinacionales-farmaceuticas-ocultan-tras-los-pagos-a-profesionales-sanitarios-sus-lideres-de-opinion-en-el-sns-y-su-red-de-intereses-al-descubierto/>

- pagos-a-profesionales-sanitarios-sus-lideres-de-opinion-en-el-sns-y-su-red-de-intereses-al-descubierto/
- Mitchell, A. P., Trivedi, N. U., Gennarelli, R. L., Chimonas, S., Tabatabai, S. M., Goldberg, J., ... & Korenstein, D. (2021). Are financial payments from the pharmaceutical industry associated with physician prescribing? A systematic review. *Annals of internal medicine*, 174(3), 353-361. <https://doi.org/10.7326/M20-5665>
- Mora, R. M. (2003). La regulación de la visita médica: necesaria pero no suficiente. *Atención primaria*, 32(10), 562-563. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)79332-9](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)79332-9)
- Moynihan, R., CG, P., Heath, I., & Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering Commentary: Medicalisation of risk factors. *BMJ*, 324(7342), 886-891. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.886>
- Padilla, E. M., Medina, P. S., & Jaramillo, A. R. (2014). Influencia de la comunicación del profesional de la salud en la calidad de la atención a largo plazo. *Revista de Calidad Asistencial*, 29(3), 135-142. <https://doi.org/10.1016/j.cal.2013.11.007>
- Participación del paciente en la toma de decisiones. Infac [Internet] 2014 [citado 2024 Ago 29]; 22(3). Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2014a/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_22_n_3_Decisiones_compartidas.pdf
- Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. 23.^a ed. Madrid: RAE; ©2024 [citado 26 agosto 2024]. Disponible en: <https://dle.rae.es/lobby>
- Rusz, C. M., Ősz, B. E., Jîtcă, G., Miklos, A., Bătrînu, M. G., & Imre, S. (2021). Off-label medication: from a simple concept to complex practical aspects. *International journal of environmental research and public health*, 18(19), 10447. <https://doi.org/10.3390/ijerph18191044>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Sayed, A., Ross, J. S., Mandrola, J., Lehmann, L. S., & Foy, A. J. (2024). Industry payments to US physicians by specialty and product type. *JAMA*, 331(15):1325-1327. doi:10.1001/jama.2024.1989
- Schiff, G. D., Galanter, W. L., Duhig, J., Lodolce, A. E., Koronkowski, M. J., & Lambert, B. L. (2011). Principles of conservative prescribing. *Archives of internal medicine*, 171(16), 1433-1440. doi:10.1001/archinternmed.2011.256
- Spielmans, G. I., & Parry, P. I. (2010). From evidence-based medicine to marketing-based medicine: evidence from internal industry documents. *Journal of Bioethical Inquiry*, 7, 13-29. <https://doi.org/10.1007/s11673-010-9208-8>
- Statista. Top lobbying industries in the U.S. [Internet]. 2024 [citado 2024 Ago 26]. Disponible en: <https://www.statista.com/statistics/257364/top-lobbying-industries-in-the-us/>
- Tenni, B., Moir, H. V., Townsend, B., Kilic, B., Farrell, A. M., Keegel, T., & Gleeson, D. (2022). What is the impact of intellectual property rules on access to medicines? A systematic review. *Globalization and health*, 18(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12992-022-00826-4>
- Thomas, J. R. (2010). Pharmaceutical Patent Litigation Settlements: Implications for Competition and Innovation. Georgetown Law Faculty Publications and Other Works. 574. <https://scholarship.law.georgetown.edu/facpub/574>
- Van De Vrande, V., Subramanian, A. M., Lévesque, M., & Klopff, P. (2024). The interdependent influence of lobbying and intellectual capital on new drug development. *Research Policy*, 53(2):104938. <https://doi.org/10.1016/j.respol.2023.104938>
- Wazana, A. (2000). Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift?. *Jama*, 283(3), 373-380. doi:10.1001/jama.283.3.373
- World Health Organization. (2018). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals (No. WHO/HIS/SDS/2018.15). World Health Organization.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.15>

Zamarriego, J., Cabero, L., Usandizaga, R., Abel, F., Cabrillo, E., del Carmen Cuadrado, M., ... & Lozano, B. (2006). La relación entre el médico y las industrias farmacéutica y de productos de tecnología sanitaria. Visión ética (I). Progresos de Obstetricia y Ginecología, 49(9), 512-522. <https://acortar.link/mKv7WF>

Desafíos de la Atención Primaria y retos de la comunicación en salud

Challenges of Primary Healthcare and stakes of health communication

Carmen Peñafiel-Saiza, Milagros Ronco-López^a

^a Universidad del País Vasco, España

Resumen

La Atención Primaria (AP) tiene un papel destacado en la salud pública porque incluye a toda la sociedad y tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar. Los Estados Miembros de la Unión Europea se han comprometido a renovar y ampliar la AP como piedra angular de un sistema de salud sostenible que permita lograr la Salud Universal. Objetivos. Mostrar los valores que tiene la AP como la interfaz principal que supone entre el sistema de salud y las personas y las principales carencias actuales. La AP puede configurar y remodelar los sistemas de salud para hacerlos más accesibles, más integrados y más sostenibles. Se ha utilizado una metodología cualitativa-documental, de carácter crítico-interpretativo para analizar los textos producidos por las Instituciones y Organismos, elegidos a su vez mediante un muestreo selectivo sistemático en base a un criterio de selección deliberada e intencional por su importancia percibida en el ámbito de la AP. Conclusiones. La eficiencia que ofrece la AP y el potencial que tiene para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, sigue lidiando con recursos insuficientes y una AP de calidad requiere tiempo, colaboración, capacitación especializada e inversión en profesionales.

Palabras Clave: Atención Primaria; Comunicación y Salud; Gestión de la Salud; Información de Salud; Objetivos de Desarrollo Sostenible; Retos de la Atención Primaria; Salud Pública.

Abstract

Primary Care (PC) has a prominent role in public health because it includes the whole of society and aims to ensure the highest possible level of health and well-being. The Member States of the European Union are committed to renewing and expanding PC as the cornerstone of a sustainable health system to achieve Universal Health. Objectives. To show the values of PA as the main interface between the health system and individuals and the main current gaps. PA can shape and reshape health systems to make them more accessible, more integrated and more sustainable. . A qualitative-documentary methodology of a critical-interpretative nature was used to analyze the texts produced by the Institutions and Organizations, chosen by means of a systematic selective sampling based on a deliberate and intentional selection criterion for their perceived importance in the field of PA. Conclusions. The efficiency offered by PA and its potential to achieve the Sustainable Development Goals is still struggling with insufficient resources and quality PA requires time, collaboration, specialized training and investment in professionals.

Keywords: Primary Care; Communication and health; Challenges of Primary Care; Health Information; Health Management; Sustainable Development Goals; Public Health.

Introducción. La importancia de una Atención Primaria de calidad

La pandemia de la Covid-19 nos ha mostrado las carencias que realmente teníamos en el sistema sanitario en España. Hemos visto que no era tan bueno como nos aseguraban los políticos, y han emergido las notables diferencias entre Comunidades Autónomas. El año 2020 fue el año en el que entramos en pánico: un virus desconocido, una situación de emergencia sanitaria, el confinamiento, el deseo de conseguir vacunas efectivas contra el SARS-CoV-2, frenar las muertes, controlar y combatir el virus y sus diferentes cepas, lograr la disminución de los casos graves y la inmunización gracias a las dosis de vacunas administradas a la población con los centros de atención primaria y hospitales desbordados, con falta de material para proteger a los propios profesionales sanitarios, y un largo etcétera que nos gustaría olvidar. Ha sido una tremenda experiencia de la que todos hemos aprendido. Los peligros siempre generan miedo atávico y el miedo persistente se transforma en respeto, porque la población termina normalizando ese miedo.

Al principio, la baja aceptación de las vacunas contra la Covid-19 fue una de las principales barreras para su control, debido al desconcierto general de la población causado por informaciones falsas en las redes sociales y en los medios no oficiales. Finalmente, la vacunación en masa fue una estrategia aplicada a nivel global desde 2021. Los centros de salud tuvieron un papel muy destacado durante la pandemia, en la atención a los infectados y en el proceso de la vacunación.

La Atención Primaria (AP) tiene un alto impacto en la salud pública, porque incluye a toda la sociedad y tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar. Su distribución debe ser equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la población, tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo, de manera que ofrezca a la ciudadanía una asistencia sanitaria y social, así como servicios de promoción de la salud, de atención preventiva, curativa y rehabilitadora.

La práctica asistencial muestra oportunidades tanto para los médicos como para los profesionales en enfermería, al ser el primer contacto en el proceso de atención en salud y proveer cuidados con la finalidad de mejorar las destrezas, fortalecer vínculos intra e interpersonales, apoyar la toma de decisiones y estimular el pensamiento crítico y la autonomía de los/as pacientes.

Los Estados miembros de la Unión Europea se han comprometido a renovar y ampliar la AP como piedra angular de un sistema de salud sostenible que permita lograr la Salud Universal, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)¹ relacionados con la salud y la seguridad sanitaria. Este compromiso fue formulado en la Declaración de Alma-Ata (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1978) y reiterado en la Declaración de Astaná (OMS & UNICEF, 2018), la Resolución 72/2 de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) en torno a la AP (AMS, 2019, 24 de mayo), el Informe de seguimiento de la Cobertura Sanitaria Universal 2019 (OMS, 2019) y la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Cobertura Sanitaria Universal, celebrada en septiembre de 2023.

La AP combina tres componentes básicos: políticas y acciones multisectoriales; capacidad de acción y decisión de las personas y las comunidades; y la atención primaria y las funciones esenciales de salud pública, como pilar de los servicios de salud integrados. Al reunir estos tres componentes, crea la base para lograr la Cobertura Sanitaria Universal y los ODS relacionados con la salud.

La aplicación de un enfoque basado en la AP puede ayudar a los países a maximizar de manera equitativa el nivel y la distribución de la salud y el bienestar, ya que se centra en atender las necesidades y preferencias de las personas (tanto en el plano individual como comunitario) lo antes posible, y a lo largo de todo el proceso de la atención (desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos), que se presta lo más cerca posible de los entornos cotidianos de las personas.

No se pueden olvidar los valores que tiene la AP: accesibilidad y atención a las personas lo más cerca posible

¹ Los Objetivos de Desarrollo Sostenible u Objetivos Globales, también conocidos como Agenda 2030, son 17 objetivos globales interconectados diseñados para ser un “plan para lograr un futuro mejor y más sostenible para todos” <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

La Atención Primaria tiene un alto impacto en la salud pública, porque incluye a toda la sociedad y tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar

de su casa (a menudo, incluso, en ella), continuidad en la prestación de los cuidados a lo largo del tiempo y coordinación con los otros niveles asistenciales. Estos postulados se erigen como la interfaz principal entre el sistema de salud y las personas: el lugar donde el sistema formalizado se entrelaza con la vida de las personas. Más aún, la AP puede configurar y adaptar los sistemas de salud para hacerlos más accesibles, más integrados y más sostenibles.

Objetivos y metodología

En este artículo, perseguimos dos objetivos. En primer lugar, mostrar los valores que tiene la AP como la interfaz principal que supone entre el sistema de salud y las personas, así como los desafíos que presenta. En segundo lugar, mostrar la importancia que tiene una buena comunicación sobre la salud por parte de los medios y las redes sociales.

Sobre la metodología, tanto la presentación de los valores de la AP como los desafíos que mantiene, así como la revisión documental que se hace en torno al tema, la situamos en el quinquenio 2020-2024, aunque mostramos algunos apoyos documentales previos que resultan especialmente significativo 2. El estudio se centra en la situación de España, recogiendo las normativas y buenas prácticas no solo nacionales y europeas, también aquellas de ámbito mundial que sostiene la OMS.

Para abordar el objeto de estudio, se ha utilizado una metodología cualitativa-documental de carácter crítico-interpretativo para analizar los textos producidos por las Instituciones y Organismos (Gómez Vargas et al, 2015) más relevantes en el ámbito internacional y nacional, que a su vez se han elegido mediante un muestreo selectivo sistemático en base a un criterio de selección deliberada e intencional por su importancia percibida en el ámbito de la AP. Esta revisión documental la situamos en el quinquenio 2020-2024, aunque mostramos algunos apoyos documentales previos que resultan especialmente significativos . Para ello, se ha planteado un proceso que permite realizar las acciones de indagación, identificación y selección, clasificación y sistematización que posibilitan el posterior análisis.

También se han recogido opiniones de expertos del ámbito de la salud y de la información a través de 17 entrevistas, del tipo 'Research interview' y guion semiestructurado, realizadas en profundidad entre finales de 2022 y el primer semestre de 2023 en las Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid, País Vasco y Comunidad Valenciana. La mayor parte de las personas entrevistadas solicitaron mantenerse en el anonimato y se acogieron a los términos de confidencialidad

Retos y desafíos de la Atención Primaria reflejados en los documentos publicados por las Instituciones

A pesar de las lecciones de la pandemia, la eficiencia que ofrece la AP y el potencial que tiene para alcanzar los ODS, sigue luchando con recursos que son claramente insuficientes. Decenas de expertos se han reunido para ayudar a los responsables políticos a abordar los desafíos. En 2023 la OMS publicó un informe sumamente específico: *Atención Primaria*. En su epígrafe “¿Por qué es importante la atención primaria de salud?”, se expone:

La Atención Primaria (AP) es el «motor programático» para lograr la Cobertura Sanitaria Universal, los ODS relacionados con la salud y la Seguridad sanitaria [...] La AP también es fundamental para que los sistemas de salud sean más resilientes en situaciones de crisis, sean más dinámicos en la detección de los primeros signos de epidemias y estén más preparados para actuar de forma temprana en respuesta a los aumentos en la demanda de servicios. [...] existe un amplio consenso en que la AP es la «puerta principal» del sistema de salud y la base para el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública ante crisis como la de la Covid-19 (OMS, 2023, 15 de noviembre: 1).

En marzo de 2024 se publicó el Informe del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud de la Región Europea de la OMS. Se desarrolla en tres partes: Parte I, explica el enfoque de la AP, su historia, sus conceptos básicos y sus fundamentos, y extrae lecciones para la transformación. Parte II, aborda los factores operativos y estratégicos que hacen que la AP funcione. Abarca la gobernanza, la financiación y los recursos humanos para la salud, los medicamentos, la tecnología sanitaria, la infraestructura y la salud digital, y su papel en la implementación

² Como es el caso, entre otros, de las Declaraciones de Alma-Ata (1978) y, posteriormente, de Astaná (2018)

del cambio. Parte III, concluye con una visión transversal de los impactos de la AP en el sistema de salud, la eficiencia, la calidad de la atención, la equidad, el acceso, la protección financiera y la resiliencia de los sistemas de salud, incluso frente al cambio climático. Este volumen se ha elaborado como una herramienta que ayudará a los responsables de la formulación de políticas a defender la inversión en AP, a generar cambios en la práctica y a avanzar hacia la cobertura sanitaria universal y la salud para todos.

En este sentido, para la comprobación del cumplimiento de objetivos, resultan de suma utilidad las Estadísticas Mundiales de Salud que elabora el Observatorio Mundial de la Salud de la OMS (GHO). En esta página encontramos los informes estadísticos sobre salud dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible que se publican cada año desde 2005 hasta la actualidad. El último de ellos, *World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*, ha sido publicado en mayo de 2024. Desarrolla cuatro capítulos con los datos recogidos desde el mes de abril de 2023 hasta el mes de abril del año en curso. El capítulo 1 contiene las estimaciones de la esperanza de vida, la esperanza de vida sana y la mortalidad por causas concretas. Especialmente, se estudia la incidencia de la pandemia en los ámbitos demográficos y epidemiológicos. El capítulo 2 resume la situación global y las tendencias en las Regiones en aquellos ODS que tienen que ver con la salud. El capítulo 3 presenta la última actualización de la “meta de los tres mil millones” de la OMS en el marco del GPW133. En el capítulo 4 se examinan problemas de salud globales (GHO, 2024, mayo).

Así mismo, en el mes de mayo de 2024 la OMS ha publicado *Preliminary evaluation of the WHO Special Programme on Primary Health Care: Management response*. Según se especifica en el propio documento, la cobertura de la evaluación se sitúa entre enero de 2020 y agosto de 2023 y acoge a los tres niveles de la OMS: global, regional y nacional. Se centra en la Salud Pública y en la AP dentro de los criterios de pertinencia, coherencia, eficacia, eficiencia, valor agregado, sostenibilidad y equidad, consideraciones de género y derechos humanos

Por otra parte, es importante mencionar el Simposio internacional de alto nivel “Transformando la Atención Primaria de Salud: de España a Europa” celebrado el 11 de marzo de 2024 en Madrid, que reunió a más de 1.000 participantes en línea para discutir el papel fundamental de la AP en los sistemas de salud e informar a los responsables de políticas sobre las mejores prácticas para su implementación. Este evento fue organizado por el Ministerio de Sanidad de España, con el apoyo del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, la Oficina Regional de la OMS para Europa y su Centro Europeo de Atención Primaria en Almaty. El simposio subrayó el liderazgo de España en el impulso de la agenda de AP. “Se suele decir que la atención primaria es la puerta de entrada de nuestro sistema sanitario. Nosotros la consideramos el corazón de nuestro sistema sanitario”, afirmó la ministra española de Sanidad, Mónica García, marcando el tono del simposio (Ministerio de Sanidad de España, Organización Mundial de la Salud, & Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, 2024, s.p.).

Los expertos europeos coincidieron en que la Atención Primaria no consiste sólo en brindar atención; se trata de fomentar la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el bienestar comunitario. Otras conclusiones incluyeron a la AP como motor de la equidad, los derechos humanos y la justicia social, así como su papel como piedra angular de la cohesión social. Los oradores enfatizaron que una AP de calidad requiere tiempo, colaboración, capacitación especializada e inversión en profesionales. “En esta era post-Covid competimos por los recursos, por lo que debemos seguir demostrando que la AP tiene una buena relación calidad-precio”, advirtió Josep Figueras, director del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, en su intervención (Ministerio de Sanidad de España, Organización Mundial de la Salud, & Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, 2024 [video internacional] 0:01-8:31).

Melitta Jakab, directora del Centro Europeo de Atención Primaria de la OM³, presentó el Estudio de Caso de España publicado por la Oficina Regional de la OMS para Europa en octubre de 2023 y demostró que el gasto en AP en España no ha estado a la altura de los desafíos cada vez mayores: “Si las presiones permanecen constantes donde las necesidades aumentan y la gente comienza a confiar más en la AP para problemas biomédicos, de salud mental y sociales, significa que brindamos esos servicios a expensas del personal sanitario” (Ministerio de Sanidad

³ 13º Programa General de Trabajo 2019-2023: Cobertura sanitaria universal para 1000 millones más de personas. <https://cutt.ly/VekoU4Ue>

Los expertos europeos coincidieron en que la Atención Primaria no consiste sólo en brindar atención; se trata de fomentar la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el bienestar

de España, Organización Mundial de la Salud, & Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, 2024 [video internacional] 35:43-57:50). Como fruto de ese simposio en Madrid, se recogen experiencias de 50 países recopiladas en una monografía global (Rajan et al., 2024).

A su vez, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) ha hecho públicos diversos documentos en defensa de la supervivencia de la Atención Primaria, que ponen de relieve sus carencias acentuadas en los últimos años, así como diversas medidas para solucionar la situación. Es el caso del *Informe 2023: Necesidades prioritarias para la medicina de familia, para la atención primaria en España*, publicado en 2023 en nombre de toda la Asociación por la Presidenta, Remedios Martín, y las Vicepresidentas Susana Aldecoa y Gisela Galindo, donde se menciona el reconocimiento internacional del sistema de salud español por parte de la Región Europea de la OMS debido a su eficiencia y equidad, concretamente en la AP. “En los últimos años ha sufrido un sensible deterioro, y ello ha afectado negativamente a la calidad de los servicios de salud ofrecidos a la población [...] Es imprescindible contar con una Atención Primaria sólida y vertebradora del sistema de salud, que asegure un SNS eficiente, sostenible y equitativo” (sp, 3º y 4º párrafo).

Para ello, el equipo directivo de la semFYC propone 7 puntos esenciales:

- El primero, plantea cambios legislativos para actualizar y fortalecer la AP, que generen adaptación inmediata a los cambios que se produzcan, sean epidemiológicos, científicos o sociales.
- El segundo, la modernización del modelo territorial “con más recursos humanos y perfiles clínicos. Es necesario impulsar la transformación digital, trabajar de forma integral e integrada, asegurando la participación de los profesionales y los pacientes” (Martín et al. 2023, párrafo 9).
- El tercero, busca un nuevo modelo de AP, que se adapte a la realidad social y que garantice una atención integral de todos los procesos clínicos a lo largo de la vida “integrándose con la atención hospitalaria, la atención sociosanitaria y los servicios sociales” (Martín et al. 2023, párrafo 10).
- El cuarto, reclama la actualización del modelo de gestión. Consideran que el anterior modelo ha quedado desfasado y requieren otro que permita una mayor eficiencia, recuperando las gerencias propias de la AP y asegurando jefaturas de servicios y direcciones de equipo profesionalizadas.
- El quinto, reclama financiación propia, suficiente y finalista para la AP, que permita cubrir las necesidades y garantizar la calidad de los servicios.
- El sexto, plantea que haya estructuras administrativas propias, creando una Dirección General de Atención Primaria a nivel Ministerial, así como Direcciones a nivel de CCAA.
- El séptimo punto tiene que ver con la formación de Grado y Posgrado. Se pide que la medicina de familia, como especialidad médica transversal, esté muy presente en la Universidad, asegurando una formación MIR de excelencia en medicina de familia. Por último, la Asociación hace un llamamiento para el nuevo ciclo político instando a Gobiernos y parlamentos, estatal y autonómicos a trabajar en el fortalecimiento y modernización del primer nivel asistencial, promoviendo una ley de AP garante de los cambios que se precisan (Martín et al., 2023).

Junto a estos planteamientos, encontramos otro documento publicado en 2023 que los refuerza: *Propuestas para bajar la presión asistencial. Estrategias urgentes y a corto plazo*. La semFYC informa de que este documento se ha presentado a las distintas Consejerías. Se trata de un plan de medidas de implantación a corto plazo para controlar el número de visitas diarias por médico/a de familia, limitar la agenda laboral, e incorporar tareas de docencia, formación, organización e investigación. Se propone un conjunto de 60 medidas que incluyen cambios organizativos y de gestión, entre ellas:

Creación de equipos en tríada asistencial (medicina, enfermería y administración), el rediseño de los cupos y la articulación de una historia clínica compartida entre primaria y hospitalaria con interoperabilidad entre comunidades [...], la flexibilización de las citas telemáticas, virtuales, telefónicas y domiciliarias en la agenda diaria; la eliminación de la carga administrativa impropia no clínica, fundamentándose en la desburocratización de las consultas; y la automatización de pruebas de controles periódicos y cribados, así como la renovación de prescripciones crónicas (semFYC, 2023: 4-6).

La comunicación y la información en salud, estrategias imprescindibles para la promoción de la salud

El ámbito de la Comunicación y la Salud en la última década ha sido objeto de estudio desde distintos prismas: el periodismo sobre salud, la información y la desinformación de salud en los medios de comunicación y redes sociales, la educomunicación y alfabetización en salud, la comunicación interpersonal sanitario-paciente, la comunicación de riesgos en salud, las políticas y estrategias de salud pública, las empresas saludables, la AP, la comunicación de enfermedades, vacunación y tratamientos, los contenidos mediáticos de salud y los efectos sobre la población, las campañas preventivas, el marketing social, etc.

Resulta necesario promover estilos de vida saludables, comunicando conocimientos y habilidades; eso permitirá a las personas sortear los riesgos y, adoptar aquellos cambios en sus comportamientos que afecten positivamente a su salud.

Los medios de comunicación desempeñan un papel relevante en la sociedad y, en el ámbito de la salud, tienen el compromiso de ser los altavoces de las principales instituciones nacionales e internacionales sanitarias, con transparencia informativa, demostrando que están a favor de la ética y la deontología profesional. El periodismo especializado en salud, ejerce la función de mediación entre la ciencia y la población.

Cuando nos referimos a comunicación en salud también nos estamos refiriendo a la comunicación que nos llega a través de medios digitales, es decir a la eSalud. La OMS define el término eSalud como “el uso eficiente y seguro de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en apoyo de los campos relacionados con la salud, incluida la atención sanitaria, la vigilancia epidemiológica, educación, el conocimiento y la investigación” (Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental, 2024, s.p., párrafo 1). Aunque, en un sentido más amplio y gracias a las TICs, la eSalud permite mejorar la prevención, el diagnóstico, tratamiento, control y gestión de los diferentes sistemas sanitarios. Otro aspecto importante que se incluye dentro de la eSalud es el intercambio de información y datos entre los pacientes y los servicios sanitarios como por ejemplo, el de AP, hospitales, profesionales, redes de información sanitaria, historiales clínicos electrónicos, servicios de telemedicina, dispositivos portátiles de vigilancia de pacientes, software de programación de salas de operaciones y cirugía robotizada.

El uso de las redes sociales es una práctica común entre la ciudadanía y la mayoría de las personas. Estas son usuarias de varias redes sociales, con predominio de Facebook, Instagram, Tik Tok, WhatsApp, X (antes Twitter) y Telegram. La comunicación en redes sociales suele utilizar de forma mayoritaria los elementos visuales, porque atraen la atención de los usuarios por naturaleza, las redes sociales son dinámicas e instantáneas y atraen a un público joven.

Ya se utilicen medios tradicionales o redes sociales, lo importante es ofrecer una clara confianza en la información proveniente de científicos y profesionales de la salud. Esto subraya la presencia activa de estos profesionales en las redes sociales y el papel de estas fuentes en la transmisión de información veraz (Berro, 2021), ya que la desinformación y las narrativas negacionistas son riesgos inherentes a la información en salud. Las noticias falsas tienen peculiaridades como que su propagación es mucho más rápida que las noticias positivas y su contenido se extiende por varios países y en diferentes contextos.

Los medios de comunicación desempeñan un papel crucial en la difusión de información a la sociedad y han sido muy activos durante la pandemia de la Covid-19. Más del 85% de los españoles siguieron de cerca las noticias sobre la pandemia y consideraron a los medios de comunicación como una de las fuentes más importantes para obtener información sobre el tema (Catalan-Matamoros y Langbecker, 2023).

Información de calidad relacionada con la ciencia y la salud

El periodismo en salud puede abordar las informaciones cumpliendo dos funciones diferentes: de una forma científica y de otra divulgativa, es decir, informativa y educativa respectivamente. Al incluir la perspectiva educativa, la cobertura periodística generará una divulgación científica de calidad, fomentando una mayor prevención y contribuyendo a una formación más sólida de la ciudadanía (Peñafiel-Saiz et al., 2014), estos autores añaden que es fundamental que profesionales de la salud y periodistas trabajen de forma colaborativa y ética con base en la confianza

Coinciendo con Bienvenido León (2024, p.4), “La ciencia trata sobre asuntos complejos, cuya simplificación cae con facilidad en la falta de rigor. Además, los descubrimientos se basan en hallazgos previos, cuyo conocimiento

resulta necesario para ponerlos en contexto. Y, por si fuera poco, con frecuencia hay que manejar conceptos abstractos que son difíciles de explicar a personas acostumbradas a moverse en el ámbito de lo tangible"). La sociedad necesita recibir información de calidad relacionada con la ciencia (Catalán y Elías, 2020).

Ronco et al. (2024) refuerzan la idea de que, para lograr una estrategia de salud pública y exitosa, es fundamental contar con la colaboración multidisciplinaria de investigadores, proveedores de servicios de salud, responsables por la elaboración de políticas públicas y periodistas. Solo así, es posible proporcionar información y conocimientos a una sociedad ávida por temas de salud y medicina.

Muchos profesionales acuden a las plataformas digitales a buscar información, datos, testimonios, pero tienen que ser conscientes de que en el entorno digital es donde más se propagan las noticias falsas, por eso deben ser capaces de filtrar, identificar y poner en cuarentena nuevos contenidos o mensajes viciados o poco responsables. Es muy importante la verificación y el contraste de la información antes de publicar. Por el contrario, el periodismo digital y las redes sociales también aportan cosas buenas como la rapidez e inmediatez, aunque todo debe ser verificado y contrastado antes de ser publicado (Ferrer-Pérez y Peñafiel-Saiz, 2023)

Por otro lado, nos encontramos con otra realidad, y es que el público está acostumbrado a quedarse con los titulares y así puede mal interpretar algunas noticias o informaciones. Por ello, los matices de la información son importantes y deben aparecer en el titular y en el lead de la noticia para no llevar a equivocaciones, siempre con la voluntad de ofrecer ideas más realistas en la comunicación de salud. Además, los medios tienen la capacidad de determinar qué temas llegan al debate público. Llevar debates innecesarios, mal enfocados o de forma prematura puede confundir y desinformar (Ferrer-Pérez y Peñafiel-Saiz, 2024)

Aquí es tan importante lo que se publica como lo que no se publica, ya que resulta fundamental que los periodistas, principalmente durante la cobertura de crisis sanitarias, distingan lo que es verdaderamente relevante para el interés público y tomen decisiones de no divulgar determinada información que no fue debidamente verificada o que puede dañar al público (Ferrer-Pérez y Peñafiel-Saiz, 2023). Precisamente la verificación por parte de la clase periodística es uno de los principales retos. Y, además, cuanto mejor se enfoquen los temas, de forma más cuidada y con más conocimiento, tanto mejor responderán los profesionales de la sanidad: con menos recelo, aportando más información y con ánimo de colaborar al ver los resultados (Peñafiel-Saiz et al., 2014)

Una cobertura periodística que enfoque la prevención y la promoción de la salud es un punto de vital importancia. La prevención exige acciones que anticipen la enfermedad a fin de que su progreso se convierta en improbable, reduciendo su incidencia y prevalencia en la población (Czresnia, 2023), sin embargo, el campo de la prevención tampoco es un enfoque prioritario en los medios de comunicación, que se dejan llevar más por las noticias puntuales relacionadas con la salud. Para Catalán-Matamoros (2015) para que los medios de comunicación logren una cobertura con enfoque en la promoción de la salud (que incluye la prevención), es fundamental asegurar que se brinde una cobertura precisa y actualizada de manera clara y comprensible para el público.

La pandemia ha demostrado que, para afrontar cualquier crisis sanitaria, lo importante es diseñar estrategias claras en organización, coordinación, horizontalidad y protocolización, establecer dinámicas organizativas intrahospitalarias, interhospitalarias y en los centros de salud, de manera estructurada y rápida. En el día a día, en la comunicación en salud se debe generar una complicidad y una relación de confianza entre los medios de comunicación y los centros sanitarios para facilitar información a los medios de comunicación y que estos difundan información de calidad.

La educomunicación en salud

Con el fin de mejorar el binomio de comunicación y salud, vemos necesaria la alfabetización mediática que implica el conocimiento, la motivación y las habilidades necesarias para buscar, comprender, evaluar y aplicar información relacionada con la salud (European Commission, 2018). En este sentido, los medios de comunicación deben poner el énfasis en la alfabetización sanitaria y, en concreto, en la alfabetización digital (Méndiz-Noguero et al., 2023). Por eso, en el ámbito de la comunicación en salud tiene que haber periodistas especializados capaces de buscar, leer y entender artículos científicos publicados en revistas de prestigio, además de buscar fuentes personales autorizadas. Los periodistas especializados en salud juegan un papel primordial evitando la propagación de informaciones falsas, acudiendo a la selección de fuentes relevantes que, con objetividad y calidad, hablen de los aspectos más destacados de una manera fiable y comprensible ayudando a evaluar los estudios científicos

Una de las funciones de los medios de comunicación es la educación, y uno de los temas importantes para el bienestar de la comunidad es la salud. En esto coinciden especialistas en comunicación y profesionales de la salud. La población necesita recibir información pedagógica sobre salud, principalmente centrada en autocuidados y prevención. Para ello, la información debe de ser honesta y de calidad. Se trata de un trabajo a largo plazo, la información debe ir calando poco a poco en la opinión pública: “Hay que implementar una sistemática global de educación estructurada, bien llevada por parte de las instituciones y de cada uno de los hogares” (Facultativo, Euskadi).

Siempre me habría gustado que medios como la televisión, que ve mucha gente, se utilizaran para educar a la ciudadanía de forma más importante. Sería bueno porque la educación que tiene la ciudadanía sobre la sanidad es bastante pobre. Se debería educar sobre autocuidados y aprender a utilizar bien el sistema sanitario (Facultativa, Cataluña)

La educación sobre salud pública debería ser impartida en los colegios, sobre todo, siempre lo he pensado. Habría que darla desde la infancia, eso, sin duda. Creo que, al final, la comunicación, dirigiéndonos a la salud pública, hay que hacerla muy concisa, con términos muy básicos y fácil para que toda la población lo entienda. Y dar órdenes claras, como a niños de Infantil (Facultativa, Madrid)

Durante la pandemia, los medios de comunicación ejercieron una labor de educomunicación, porque se dirigían a toda la población y transmitían información clara sobre salud pública. Los medios transmitieron información práctica sobre cómo prevenir los contagios, qué medidas de protección utilizar, medidas sencillas como la limpieza de manos, el uso de pañuelos de papel, el uso de mascarillas y la importancia de la vacunación. Ante una emergencia producida por un nuevo virus, toda información clínica era también nueva y a los medios de comunicación les tocó educar, aprender ellos y trasladarlo a la población. En este sentido, se valora muy positivamente la función educomunicativa de los medios tradicionales y serios.

Los medios se preocupan también de obtener información científica, pero más que ir directamente a leer informes y artículos científicos, entrevistan a académicos científicos que saben comunicar para llegar a toda la población. Por su parte, la ciudadanía debe de informarse de manera responsable en este proceso de educomunicación:

El espíritu crítico es lo que hay que fortalecer, la herramienta que hay que dar a la ciudadanía. Luego, la persona es la que tiene que utilizar ese espíritu y recorrer el espacio que tenga que recorrer. Para mí, el empoderamiento es eso (DIRCOM, Euskadi)

La información con perspectiva educativa en salud debe ir acompañada de un contenido pedagógico específico: infografías, vídeos y otros materiales para ser difundidos en los medios de comunicación y en las páginas webs corporativas.

La información falsa, que suele circular mucho más durante crisis sanitarias, se sitúa sobre todo en las redes sociales y contribuyen a difundir más miedo y confusión entre la población. Desde los servicios de comunicación de algunos hospitales se colabora con plataformas de verificación de noticias que ayudan a destapar bulos y noticias falsas. Estas plataformas han tenido un mayor protagonismo en el periodo de infodemia y se considera ya una lección aprendida.

Otro de los aprendizajes en materia de comunicación, es la importancia que tiene cuidar la información digital y comunicar de manera rápida y con mensajes claros y sencillos. Se debe procurar que llegue a los teléfonos móviles de la población una información oficial comprensible y transparente adelantándose a la información falsa

Desde la pandemia ha habido un intento de informar de manera clara y sencilla desde las páginas web de las Consejerías de Salud. Sin embargo, aún después de la pandemia, la población sigue “consumiendo” informaciones no contrastadas.

Conclusiones

La AP no consiste sólo en brindar atención sanitaria; se trata también de fomentar la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el bienestar comunitario, es decir, de promover cambios hacia conductas saludables, evitando las enfermedades tanto como sea posible. Por ese motivo, la comunicación en salud constituye una buena estrategia. Resulta imprescindible el promover estilos de vida saludables comunicando conocimientos y habilidades;

eso permitirá a las personas sortear los riesgos y adoptar aquellos cambios en sus comportamientos que afecten positivamente a su salud como la primera acción preventiva de enfermedades y de promoción de la salud.

A través de los documentos internacionales y nacionales seleccionados, hemos tratado de mostrar la importancia intrínseca que se le otorga a la AP como columna vertebral del sistema sanitario y como punta de lanza de la Sanidad Universal, a fin de cumplir con los ODS relacionados con su ámbito. Como hemos comentado, a pesar de lo que nos ha demostrado la pandemia, la eficiencia que ofrece la AP y el potencial que tiene para alcanzar los ODS, no cuenta con recursos suficientes para conseguir lo que es capaz de dar. Reiteramos, pues, los principales problemas a los que se enfrenta una AP que persiga la calidad: tiempo, prestigio e inversión.

La OMS considera a la AP como el “motor programático” para lograr las tres finalidades troncales en lo que se refiere a la salud (OMS, 2023): la Cobertura Sanitaria Universal, planteada como Derecho Humano fundamental desde la constitución de la organización en 1948 (OMS, 2019), el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud⁴, planteados en la Agenda 2030 en 2015 (ONU, 2015), y la Seguridad Sanitaria de las personas, prioridad de salud mundial que parte del conocido principio básico que considera que, en cualquier tipo de atención de salud, ante todo no se debe hacer daño (OMS, 2021).

En conjunto, la OMS considera que hay un acuerdo amplio sobre la idea de que la AP constituye el eje del sistema: “Es el enfoque más inclusivo, equitativo, costoeficaz y efectivo para mejorar la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social. Cada vez son más las pruebas en todo el mundo del amplio efecto que tiene invertir en la AP, particularmente en tiempos de crisis como en la pandemia” (OMS, 2023, epígr. 2). Conviene recordar el planteamiento del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud de la Región Europea de la OMS (2024, marzo), que clarifica el itinerario recorrido a lo largo del tiempo. La historia nos indica las necesidades en atención primaria, los logros conseguidos, las interconexiones que existen entre los diferentes conceptos que se van incorporando y el camino que falta por recorrer. El último capítulo lo hemos visto en directo a lo largo de la pandemia por la Covid-19.

También es preciso señalar otra conclusión: la confianza en la ciencia tiene beneficios para la ciudadanía, ya que las sociedades con un alto grado de confianza en la ciencia son menos vulnerables a las noticias falsas. Así, se ha demostrado que durante la crisis sanitaria motivada por la pandemia de Covid-19, hicieron frente con mayor eficacia a la desinformación, de ahí que sea importante cultivar en la población la educación de la cultura científica

El ámbito de la atención a la salud sufre hoy numerosas dificultades y peligros. Es imprescindible que gobiernos, instituciones, investigadores, facultativos y periodistas, junto a toda la sociedad, formemos un frente común. La transmisión de la información adecuada y veraz es de vital importancia.

Financiación

Proyecto de investigación I+D Universidad-Sociedad-Empresa, código referencia US21/31. También se enmarca dentro de la producción científica del Grupo GUREIKER (IT1496-22), Grupo de Investigación del Sistema Universitario Vasco de categoría A (2022-2025).

Referencias

- 72 Asamblea Mundial de la Salud. (2019, 24 de mayo). *Resolución 72/2. Atención Primaria de Salud*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R2-sp.pdf
- Berro, M. (2021). La pandemia de COVID-19, Twitter y la comunicación científica. *Revista Médica del Uruguay*, 37(3) e37301. <https://revista.rmu.org.uy/index.php/rmu/article/view/740>
- Catalán-Matamoros, D. (2015). Periodismo en salud: Análisis de los públicos, formatos y efectos. *Panace@*, 16(42). <https://tinyurl.com/3atvjzyz>
- Catalán-Matamoros, D. y Langbecker, A. (2023). How does the public receive information about vaccines during the COVID-19 pandemic? A nationwide cross-sectional study in Spain. *Societies*, 13(3), 62.

⁴ Ver <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

Czeresnia, D. (2003). O conceito de saúde: A diferença entre promoção e prevenção. En M. Czeresnia & C. E. Freitas (Eds.), *Promoção da saúde: Conceitos, reflexões, tendéncia* (pp. 39–53). Editora Fiocruz.

Elías-Pérez, C. & Catalan-Matamoros, D. (2020) Coronavirus: Fear to “official” fake news boosts WhatsApp and alternative sources. *Media and Communication*. 8(2), 462–466. <https://doi.org/10.17645/mac.v8i2.3217>

European Commission: Directorate-General for Communications Networks, Content and Technology (2018). *A multi-dimensional approach to disinformation – Report of the independent High level Group on fake news and online disinformation*. <https://data.europa.eu/doi/10.2759/739290>

Ferrer-Pérez, S., & Peñafiel-Saiz, C. (2023). Informar sobre salud. En B. León, C. Moreno, C. Refojo, G. Revuelta, & E. Sanz (Coords.), *Informando de ciencia con ciencia* (pp. 146–157). Penguin Random House. <https://dadun.unav.edu/server/api/core/bitstreams/ad0da7b4-639c-4eac-bbc4-1a93f592bd02/content>

Ferrer-Pérez, S., y Peñafiel-Saiz, C. (2024). Información sobre salud. La función del periodista. *Infonomy*, 2(1), <https://doi.org/10.3145/infonomy.24.005>

Gómez Vargas, M., Galeano, C. y Jaramillo, D. A. (2015). El estado del arte: una metodología de investigación. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 6(2), 423-442. <https://www.redalyc.org/pdf/4978/497856275012.pdf>

León, B. (2024). *Grandes comunicadores de la ciencia. De Galileo a Rodríguez de la Fuente*. Comares Editorial en colaboración con la Fundación Lilly.

Martín, R.; Aldecoa, S. y Galindo, G. (2023). Informe 2023. Necesidades prioritarias para la medicina de familia, para la atención primaria en España. *Atención Primaria*, 55(9): sp. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102738>

Méndiz-Noguero, A., Wenberg-Capellades, L., Regadera-González, E., y Goni-Fuste, B. (2023). Public health communication and the Covid-19: A review of the literature during the first wave. *Profesional de la Información*, 32(3) e320313. <https://doi.org/10.3145/epi.2023.may.13>

Ministerio de Sanidad de España, Organización Mundial de la Salud, & Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud (2024). *Simposio Internacional: Transformando la Atención Primaria de Salud: de España a Europa*. <https://shorturl.at/MRWvh>

Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud de la Región Europea de la OMS (2024, marzo). Implementing the primary health care approach. *A primer. PHC Global Report*, Volume 1. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/implementing-the-primary-health-care-approach-a-primer>

Observatorio Mundial de la Salud de la OMS (2024, mayo). *World health statistics 2024. Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*.

Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental (2024). *Salud electrónica*. <https://www.emro.who.int/health-topics/ehealth/>

Organización de las Naciones Unidas (2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). <https://cutt.ly/Oek1pRvT>

Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General (2023, 1 de septiembre). *Universal Health coverage: expanding our ambition for health and well-being in a post-COVID world*.

Organización Mundial de la Salud (1978). *Alma-Ata 1978. Atención Primaria de Salud.* <https://shorturl.at/jGp6r>

Organización Mundial de la Salud (2019). *La atención primaria de salud en el camino hacia la cobertura sanitaria universal: informe de seguimiento 2019.* <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240029040>

Organización Mundial de la Salud (2021). *Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud.* <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>

Organización Mundial de la Salud (2023, 15 de noviembre). *Atención Primaria de Salud.* <https://shorturl.at/J3xLL>

Organización Mundial de la Salud (2024, mayo). *Preliminary evaluation of the WHO Special Programme on Primary Health Care: Management response.* <https://www.who.int/publications/m/item/preliminary-evaluation-of-the-who-special-programme-on-primary-health-care--report>

Organización Mundial de la Salud: Oficina Regional para Europa (2023, octubre). *Primary health care transformation in Spain: current challenges and opportunities: primary health care policy paper series.* <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-8071-47839-70649>

Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2018). *Declaración de Astaná. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.* <https://tinyurl.com/mkzawdx>

Organización Mundial de la Salud & The Global Health Observatory (2024, 19 de mayo). *World Health Statistics 2024: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.* <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094703>

Peñafiel-Saiz, C., Camacho-Marquina, I., Aiestaran-Yarza, A., Ronco-López, M., y Echegaray-Eizaguirre, L. (2014). La divulgación de la información de salud: un reto entre sectores implicados. *Revista Latina de Comunicación Social*, (69), 135-151. <https://doi.org/10.4185/RLCS-2014-1005>

Rajan D, Rouleau K, Winkelmann J, Kringos D, Jakab M. & Khalid F. (Eds.). (2024, 11 de marzo) *Implementing the Primary Health Care approach: a primer.* Organización Mundial de la Salud. <https://cutt.ly/AekKZi2V>

Ronco-López, M., Peñafiel-Saiz, C., y Echegaray, L. (2024). La información pública en torno a vacunas y tratamientos sobre la COVID-19. Aproximación a las fuentes documentales de Instituciones y Organismos. *Revista Latina De Comunicación Social*, (82), 1–31. <https://doi.org/10.4185/rlics-2024-2119>

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2023). *Jornadas de la semFYC 2023. Propuestas para bajar la presión asistencial. Estrategias urgentes y a corto plazo.* <https://shorturl.at/DyTyF>

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

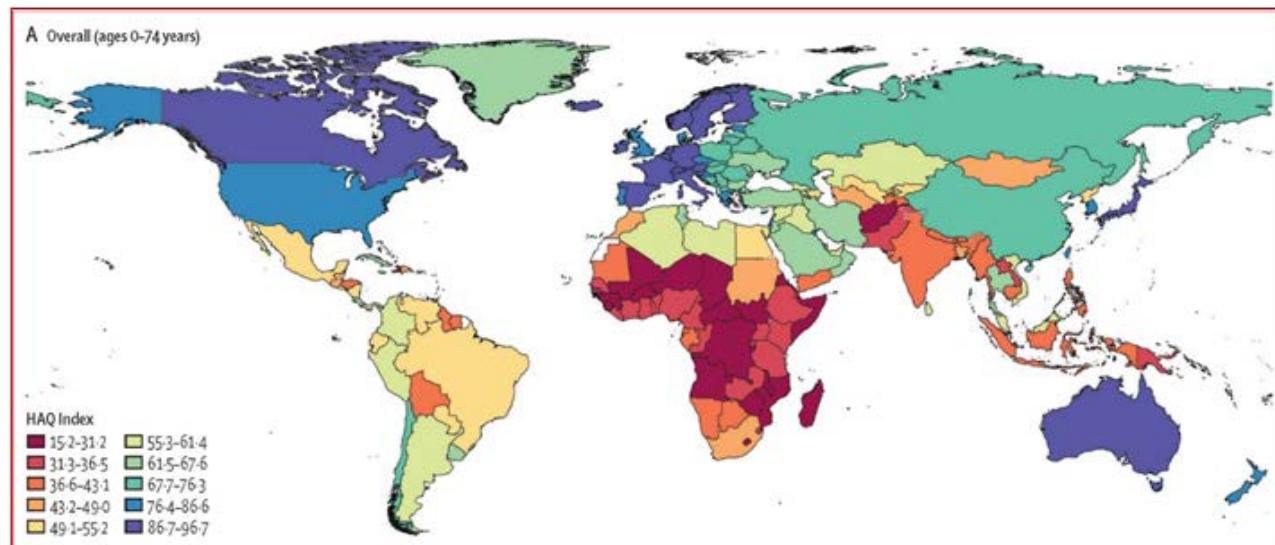


Figura 1. Índice HAQ de calidad y acceso a la atención médica en la población general, medido en 204 países, entre 1990 y 2019, en una escala de 0 a 100.

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).

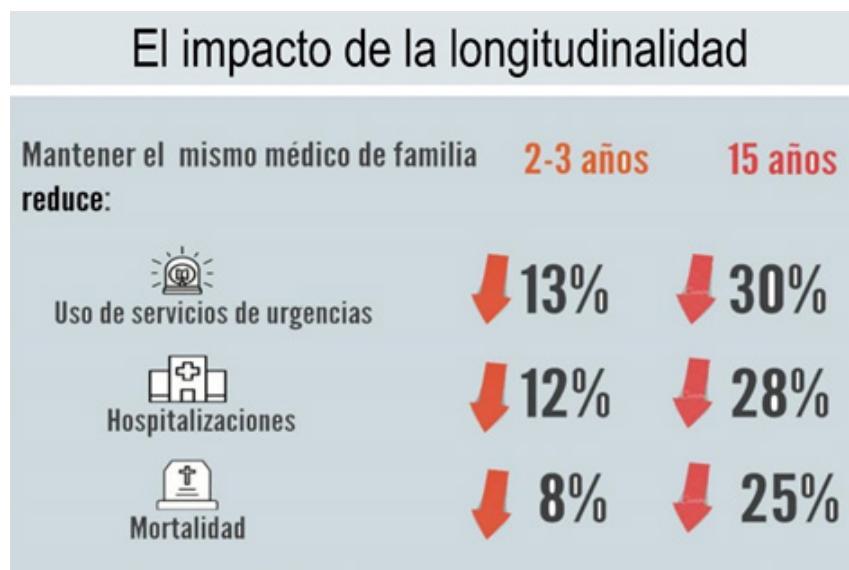


Figura 2. Efectos de la longitudinalidad en el uso de los servicios de urgencias, en las hospitalizaciones y en la mortalidad. Resultados del estudio realizado sobre 4.552.978 habitantes en Noruega.

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 cardiacas, 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 miran elegir 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>

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

Primary Care in crisis: between economic interests and citizen disaffection

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

^a Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, España

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

Resumen

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

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

Abstract

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

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

Introducción

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

El hospitalocentrismo

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

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

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

El modelo mutualista

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

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

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



Figura 2. Ejemplos de publicidad de seguros médicos.

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

Cui prodest?. ¿A quién interesa la hipertrofia hospitalaria

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

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

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

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



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

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

1. Agentes con intereses variados

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

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

2. Agentes con intereses económicos

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

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

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

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

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

2.2. Intereses de la industria tecnológica

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

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

2.3. Intereses de la industria farmacéutica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fuente: Elaboración propia.

2.5. Dinamización de la economía local

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

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

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

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

¿Se puede “salvar” la Atención Primaria?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

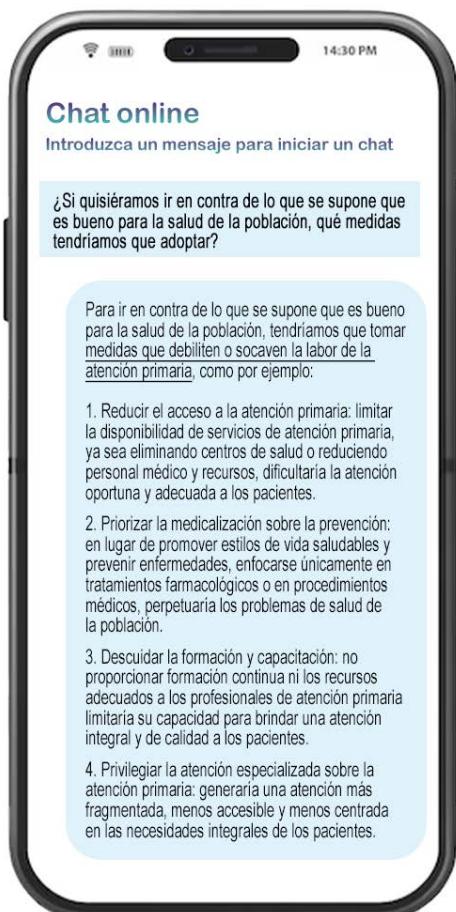


Figura 4. Respuesta del chatbot de IA. Elaboración propia.

Referencias bibliográfica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sanidad (2024, 27 de mayo). Mónica García pone en valor el modelo de Atención Primaria de España ante la Organización Mundial de la Salud. Lamoncloa.gob.es. Recuperado el 24 de noviembre de 2024, de <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/paginas/2024/270524-atencion-primaria-espana.aspx>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La paradójica fuerza de la atención primaria y el rumbo del Sistema Nacional de Salud

The paradoxical strength of primary healthcare and the course of the National Health System

Beatriz González López-Valcarcel^a

^a Universidad de Las almas de Gran Canaria, España

Resumen

Los sistemas sanitarios basados en una atención primaria fuerte son superiores porque consiguen más salud a menor coste y con equidad. La atención primaria en España presenta en general buenos indicadores, pero los jóvenes médicos rehúyen la medicina de familia en atención primaria y hay disociación entre valores privados y sociales: lo que es socialmente necesario no es individualmente atractivo para muchos profesionales. En los últimos años ha habido múltiples planes y estrategias, a nivel internacional, estatal y en algunas CC. AA., para “salvar” a la atención primaria, y un intenso debate, teñido de intereses, en el que a veces se identifican las reivindicaciones laborales de los trabajadores con el bienestar social. La principal idea de los cambios organizativos es que cada minuto de profesional aporte valor, y que cada profesional trabaje en el límite de sus competencias. Algunas señales claras y ejemplares pueden ser muy efectivas, como mejorar las condiciones económicas y laborales en atención primaria, la mayor presencia de la medicina de familia en las universidades y la incentivación de la investigación en atención primaria. La renovación generacional de los médicos de familia y el potencial de la digitalización para consolidar redes donde los profesionales del mundo rural no se sientan aislados son motivos para el optimismo.

Palabras clave: Atención Primaria; Comunicación; Paradoja; Organización; Competencias; Prestigio.

Abstract

Health systems based on strong primary care are superior because they achieve more health at lower cost and with equity. Primary care in Spain has generally good indicators, but young physicians shy away from family medicine in primary care and there is a dissociation between private and social values: what is socially necessary is not individually attractive to many professionals. In recent years there have been multiple plans and strategies, at international, state and regional levels, to “save” primary care, and an intense debate, tinged with interests, in which the labor demands of workers are sometimes identified with social welfare. The main idea of the organizational changes is that every minute of professional contributes value, and that each professional works at the limit of his or her competencies. Some clear and exemplary signals can be very effective, such as improving economic and working conditions in primary care, the greater presence of family medicine in universities and the encouragement of research in primary care. The generational renewal of family physicians and the potential of digitalization to consolidate networks where rural professionals do not feel isolated are reasons for optimism.

Key words: Primary Healthcare; Communication; Paradox; Organization; Competences; Prestige

Los sistemas sanitarios basados en una atención primaria fuerte son superiores

Hay evidencia científica suficiente para afirmar que los sistemas sanitarios basados en una atención primaria (AP) fuerte son superiores porque logran más salud con menor coste (Sandvik et al., 2022; Starfield et al., 2005). En la terminología de la evaluación económica, son “dominantes”. Además, favorecen la equidad. Este “milagro” se consigue por sus atributos y sus fortalezas (tabla 1).

La longitudinalidad —“de la cuna a la tumba”—, el seguir al paciente a lo largo del tiempo, facilita la confianza y la comunicación y hace que los actos clínicos sean muy eficientes. En unos pocos minutos de consulta, una médica o enfermera de familia recaba la información marginal suficiente que, añadida a lo que ya saben de la persona y su entorno, permite diagnosticarla y tratarla adecuadamente. La continuidad y coordinación del cuidado, para un episodio y en el cuidado de los pacientes crónicos son otros atributos de la AP, así como la accesibilidad y la capacidad resolutiva. En AP podrían y deberían resolverse la mayor parte de los problemas de salud. Por su proximidad y relación de confianza, en la AP fluye bidireccionalmente la comunicación profesional-paciente, mejorando así los indicadores de resultados y experiencias que interesan a los pacientes, los llamados Patient-Reported Outcomes Measures (PROM) y Patient-reported Experiences measures (PREM), (Porter, 2010). Los médicos de familia son profesionales muy bien formados, que han aprendido a gestionar la incertidumbre, rara cualidad en otros niveles asistenciales, y no practican sistemáticamente el sobrediagnóstico, sobretratamiento o la medicina defensiva. Utilizan con eficacia el primer recurso diagnóstico, “La silla del doctor Marañón” (Pérez, 1989), y gozan en general del respeto y confianza de los pacientes. Esos atributos se pierden, y con ellos la fuerza de la AP, como Supermán frente a la criptonita, cuando hay, como en España, obstáculos para su adecuado desempeño (Tabla 1).

Los países europeos tienen configuraciones y modelos muy diferentes de AP (Gérvás, 2004): organizaciones independientes de profesionales o centros públicos, según elección por el usuario, y según su papel de filtro para el hospital. Pero independientemente de todas esas características, los países con una AP fuerte y resolutiva presentan en general mejores indicadores de calidad, coste y equidad.

Tabla 1. Fortalezas y obstáculos de la atención primaria.

FORTALEZAS	OBSTÁCULOS
Longitudinalidad: seguimiento de los pacientes “de la cuna a la tumba”	Contratos temporales Figuras del médico de incidencias, médico sustituto, etc.
Continuidad y coordinación del cuidado (“coaching de salud”)	Fragmentación asistencial
Accesibilidad	Demoras para conseguir cita con el profesional de referencia
Capacidad resolutiva	Filtros y trabas para pedir pruebas diagnósticas, cartera de servicios estrecha

Fuente: elaboración propia.

A nivel macro, España tiene buenos indicadores de calidad de la AP

Entre los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud (SNS) hay algunos que monitorizan la calidad de la AP (Ministerio de Sanidad, 2022), con la ventaja de que son comparables internacionalmente (OECD, 2023). España supera la media europea en prácticamente todos ellos, salvo en la prescripción de antibióticos en AP. Así, tenemos tasas más bajas de hospitalizaciones evitables por complicaciones de la diabetes, asma o EPOC. Por otra parte, la red de AP tiene una gran capilaridad en el territorio, es una oferta de proximidad (Fundación Ramón Areces e IVIE, 2021).

La paradójica disociación entre valores privados y valores sociales

Siendo tan valiosa, la AP está en crisis. Y no sólo en España. Hay suficientes signos y síntomas. Su cotización en el mercado de acceso a la formación especializada o MIR (Médico Interno Residente) es estable pero baja (González López-Valcárcel & Barber Pérez, 2024), y muchos médicos de familia rehúyen la AP para trabajar en urgencias de hospitales o en gestión y alta dirección, o se re-especializan al terminar el MIR. Las plazas rurales quedan desiertas. Hay por tanto, una disociación entre valores privados y sociales: lo que es socialmente necesario no es individualmente atractivo para muchos profesionales.

La reforma de la AP en los años ochenta ha sido uno de los grandes hitos en la construcción del SNS, coetáneo a la radical transformación de un sistema fragmentado de seguridad social hacia un SNS con cobertura universal y financiación pública. El nuevo modelo de AP, basado en el trabajo en equipo en centros de salud y en la comunidad, en la dedicación a jornada completa y en el paradigma de la AP propuesto por la OMS en la reunión de Alma Ata de 1978, tardó en España casi veinte años en completarse.

Hay quien atribuye la crisis de la AP a la transformación de la población y de sus necesidades, desde aquellos lejanos años setenta del siglo pasado. La AP ha de navegar a contracorriente de la fascinación y expectativas de la población hacia las tecnologías biomédicas, la impaciencia de los pacientes del siglo XXI y la medicalización de la vida y la sociedad.

En los últimos años ha habido múltiples planes y estrategias, a nivel internacional, estatal y en algunas CC. AA., para “salvar” a la AP, como el documento oficial de la UE, de 2018 (Comisión Europea, 2018), el Marco Estratégico para España AP21, de 2007 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), el nuevo de 2019 (Ministerio de Sanidad, 2019), el Plan de Acción de AP y Comunitaria 2022-2023 (Ministerio de Sanidad, 2021) o el reciente informe sobre la atención primaria de salud en la Región de Murcia (Abellán Perpiñán et al., 2024), por poner ejemplos representativos. Muchos de los informes “de parte”, por ejemplo, los de sindicatos (Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de Comisiones Obreras, FSS-CCOO, 2019) y organizaciones profesionales, demandan la inyección de más recursos, económicos y humanos. Se coincide más en el diagnóstico de lo que funciona mal que en el tratamiento: la AP en España se ha “desnaturalizado”, tiene exceso de burocracia y mucha actividad que no aporta valor, solo rutina. Se administra, pero no se gestiona. Los profesionales están desbordados y desmotivados. Sin embargo, el número de pacientes —Tarjetas Sanitarias Individuales (TIS)— ha ido disminuyendo en la última década (Figura 1) y hoy en día es de 1.356 pacientes por médica de familia, 1.427 por enfermera y 914 niños por pediatra (Ministerio de Sanidad, 2022). Esas ratios son sensiblemente inferiores a las de países con una AP potente y resolutiva, como Dinamarca (Bjerrum y Llor Vilá, 2012). Sobre todo, en el caso de enfermería, las ratios en España mejoraron mucho.

Hay una intensa carga ideológica en el debate y en las propuestas. Se confunden o identifican reivindicaciones laborales o profesionales con el bienestar social, una sinécdota peligrosa, y se incurre en contradicciones flagrantes, como la reivindicación en pro de la sanidad pública y a la vez la defensa del statu quo de “plazas en propiedad”.

En este contexto de un debate enrarecido en el que no se suele reconocer o explicitar la existencia de intereses contrapuestos, y la necesidad de clarificar, modificar y negociar los roles profesionales y las relaciones laborales, urge que se aporten elementos objetivos y algo de ciencia al debate. Esperamos así contribuir a enriquecerlo, ese es el propósito del resto de este artículo.

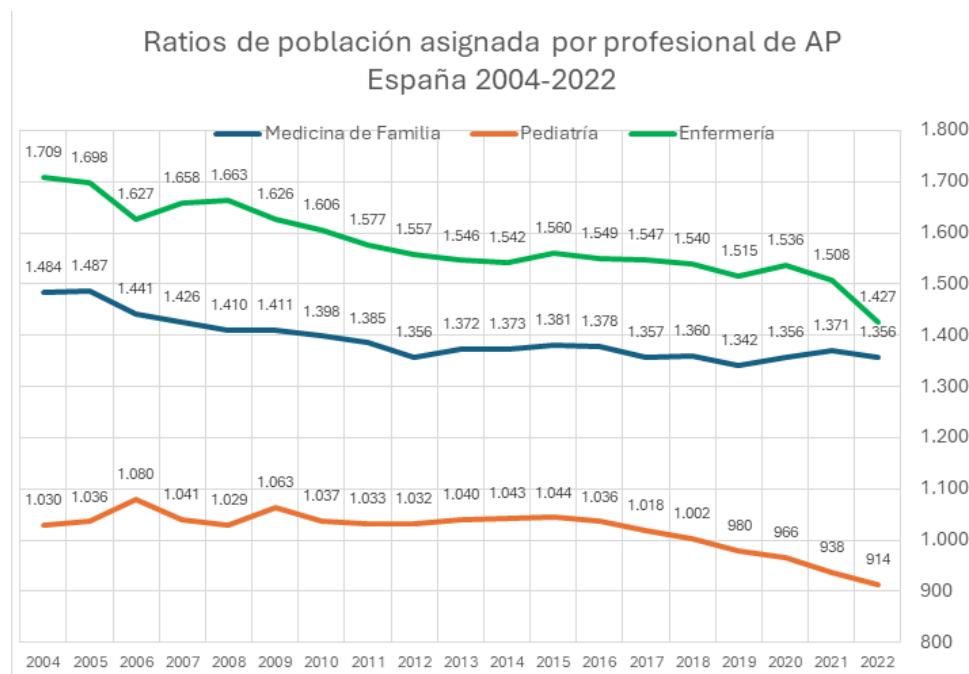


Figura 1. Evolución de los datos de población asignada por profesional de AP en España, de 2004 a 2022. Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Ministerio de Sanidad.

Ideas para avanzar

De las creencias a los hechos. La necesidad de diagnosticar correctamente el problema

Se crean y amplifican falsedades, que encuentran ecos interesados. Estos son algunos ejemplos

- Que los médicos españoles se van masivamente al extranjero. Los datos de bajas de colegiación en España y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) de movilidad internacional de médicos procedentes de España no sustentan esa afirmación.
- Que la crisis es de la AP, cuando lo es de medicina de familia. La especialidad de enfermería comunitaria en el EIR (Enfermero Interno Residente) cotiza bien, y pediatría ocupa buenas posiciones en el ranking MIR (la mitad de los pediatras trabaja en España en AP).
- Que AP debe acaparar el 25% del gasto sanitario. Este “mantra” procede de una recomendación de la OMS, pero se emplea fuera de contexto. El gasto es solo gasto, transferencias de dinero de unos agentes (que financian) a otros (que proveen la asistencia o venden insumos). Lo relevante es qué salud se consigue a cambio de ese gasto. Podría aumentarse la participación de AP en el total del gasto sanitario subiendo precios y salarios, pero ¿es eso lo que se busca, mejorar las cuentas de resultados de la industria, o las rentas de los profesionales, o mejorar la salud? La decisión de gastar más en algo siempre ha de ir acompañada de una estimación de lo que se obtiene a cambio, en nuestro caso, en términos de resultados de salud o de mejoras de equidad
- Que para solucionar la saturación en AP conviene limitar el número de consultas diarias a un tope. Esta recomendación, aun teniendo la ventaja de ser simple y clara, no contribuye a resolver el problema. Primero, porque la demanda es en parte endógena (Casajuana, 2013): el profesional puede conseguir evitar demandas innecesarias; segundo, porque no todas las visitas requieren el mismo tiempo de consulta; y tercero, porque la visita no es la unidad de medida correcta de la actividad de un profesional de AP, que aporta valor con otras muchas actuaciones, domiciliarias, en la comunidad, con grupos de pacientes, etc.

Propongo que la primera idea para avanzar sea recurrir a los datos objetivos y a fuentes primarias oficiales en la medida de lo posible. Y acercarse al análisis sin prejuicios, con la mente abierta y espíritu científico.

Cambios organizativos y de financiación

A lo largo de sus cuarenta años de historia, la organización de la AP en España ha evolucionado muy poco. Son contadas las experiencias de modelos autogestionados por los profesionales (circunscritos a las Entidades de Base Asociativa, EBAS, de Cataluña), o los intentos de integración con otros niveles asistenciales (en Galicia, Euskadi, Cataluña o Andalucía) que solo han sido parcialmente evaluados y no muy favorablemente (Hernando Sarachaga et al., 2021; Esteve-Matalí et al., 2022). La organización de los centros de salud se basa en Equipos de Atención Primaria (EAP), con una coordinadora que suele ser una profesional del equipo, con poca autonomía de gestión y que difícilmente tomará decisiones a riesgo de enfrentarse a sus colegas. Es más bien una *primum inter pares* que jefa, y su misión principal es administrar las órdenes “de arriba” sin provocar conflictos en el equipo. La diferencia entre la holgura de gestión de un EAP en España y uno en Dinamarca, por poner un ejemplo de modelo de autogestión profesional, es abismal.

Una vía de avance para recuperar el profesionalismo perdido con la asalarización, es el pago por resultados, ligando una parte de la retribución a la consecución de objetivos pactados en unos contratos de gestión convenida. Ir pasando progresivamente de pagar por ser a pagar por hacer y a pagar por lograr (salud). Pero la productividad variable representa en España una parte muy pequeña de la retribución y aunque se está avanzando en la definición y medición de indicadores de desempeño (performance) para el pago por resultados, el avance es lento y las barreras al cambio, grandes.

Se han propuesto también cambios más radicales, como la financiación capitativa de redes de AP, integradas con hospitales para reemplazar el pago por salarios. Pero antes de plantear cambios radicales en la financiación habría que hacerlos en la organización y en las reglas del juego de la gestión.

De alguna manera, parece que la AP se parece al conejo del cuento de Alicia en el País de las Maravillas, que corre muy deprisa, pero sin rumbo, y se lamenta de que llega tarde (*¿a dónde?*). Por eso, es buena idea la de un EAP de Barcelona que un día cada trimestre bloquea las agendas, nadie ve pacientes, salvo urgencias, y todos los profesionales hacen una tormenta de ideas para detectar problemas y disfuncionalidades y encontrar soluciones, siempre adaptadas localmente. Así, se trata de repensar cómo organizarse para que cada minuto de tiempo de cada uno aporte valor, y que cada profesional trabaje en el límite de sus competencias. Y definir claramente las competencias profesionales de enfermería, que puede hacer mucho por la salud, de los asistentes clínicos y de las nuevas profesiones emergentes.

La AP ha de recuperar espacios abandonados, trabajar en la comunidad, escuelas, residencias, domicilios. Ir más allá del estrecho cómputo de las visitas diarias.

Se ha de recuperar el prestigio en la profesión, con mayor presencia en la Universidad, en los proyectos investigación, liderando innovaciones en salud digital que tienen un enorme potencial para la AP, pues entre otras grandes ventajas, acercan los centros de salud rurales y aislados a los hospitales, trabajando en remoto. Otra idea, es identificar referentes y líderes (que los hay) para que transformen la imagen de la profesión, el que haya en España tres sociedades médicas diferentes de medicina de familia no ayuda. Por supuesto, pagar más, y ofrecer condiciones laborales flexibles adaptadas a las preferencias de los profesionales, compatibles con la conciliación (Barber Perez & Gonzalez Lopez-Valcarcel, 2022). En el Reino Unido, la reforma de 2012 se resumía con esta frase: “el dinero sigue al paciente” (Marshall et al., 2014). Pues lo cierto es que el médico sigue al dinero, como se aprecia analizando los rankings de las especialidades en el MIR español. Una señal clara de mercado sería subir las retribuciones relativas en AP respecto a hospitales.

Por último, para aumentar la capacidad resolutiva no sólo hace falta tecnología (y formación para usarla), también liberar a los profesionales de tiempo de trabajo sin valor para que puedan dedicarlo a aumentar la cartera de servicios. La clarificación de los roles de enfermería es fundamental en esta tarea.

De alguna manera, parece que la Atención Primaria se parece al conejo del cuento de Alicia en el País de las Maravillas, que corre muy deprisa, pero sin rumbo, y se lamenta de que llega tarde (*¿a dónde?*)

Señalar correctamente

La Real Academia Española define “señalizar” como “colocar, especialmente en las carreteras y otras vías de comunicación, señales que sirvan de guía a los usuarios”.

Aplicado a nuestro caso, no se trata de escribir informes grandilocuentes, planes maximalistas ni odas a la AP, sino de emitir señales claras de voluntad política hacia un rumbo en que la AP sea el eje vertebrador de la sanidad. Algunas señales ya se han emitido, como el plan de digitalización, la definición de plazas de difícil cobertura con incentivos específicos, o la paulatina mayor presencia de la medicina de familia en las universidades. Pero falta mucho más.

El poder de la comunicación

Mejorar la comunicación interna en el centro de salud ayuda a recuperar el profesionalismo, a alinear los intereses del trabajador y de la organización, a mejorar el clima laboral y abonar el terrero para los proyectos innovadores. Potenciar la comunicación interna ascendente, del profesional hacia el directivo, reduciría el problema, percibido en el sector, de que no se escucha a los profesionales (Ballvé Moreno et al., 2010). Por su parte, la comunicación descendente necesita mejorar sustancialmente (¿cuántos profesionales de atención primaria conocen los contratos de gestión convenida que han firmado sus directivos?) para que el profesional, conociendo los objetivos de la organización, se identifique con ellos o los discuta. Hay que neutralizar los rumores con información directa de primera mano por los directivos. Por otra parte, la comunicación transversal intra-equipo entre los profesionales y demás trabajadores cohesionará la organización, potencia la coordinación, mejor a la calidad de la atención sanitaria y engendra proyectos compartidos.

En cuanto a la comunicación externa, la más importante es la relación con los pacientes, una relación de confianza, conocimiento mutuo y empatía (Beck et al., 2002), para cimentar un modelo de decisiones compartidas, que no es, ni debe ser, de talla única sino hecho a medida de cada paciente. Las habilidades comunicativas, tanto en comunicación verbal como no verbal, son materia de asignaturas optativas en el grado de medicina. Las herramientas digitales disponibles hoy en día (incluyendo la monitorización a distancia) son grandes aliadas de comunicación profesional-paciente, que es la base de la atención primaria.

La comunicación externa de la atención primaria con los otros niveles asistenciales necesita más simetría (de flujos de información, de consideración profesional). En parte es consecuencia, en parte causa, del statu quo de inferioridad con que se trata a la AP en algunos ámbitos. No es solo un problema de comunicación, sino de visión, de organización y de financiación. Una buena comunicación entre atención primaria y hospital es condición necesaria, que no suficiente, para la continuidad y calidad del cuidado (Kripalani et al., 2007)

Por último, la comunicación externa de la atención primaria, del resto de niveles asistenciales, y de la alta dirección del sistema sanitario hacia la sociedad y la opinión pública es una pieza clave en cualquier plan de mejora de la imagen y el prestigio social de la medicina de familia y la atención primaria. Los mensajes deben ser coherentes con la imagen corporativa y las distintas personas de la organización, sea cual sea su nivel asistencial y función, deben comunicar de forma consistente.

Conclusiones

La AP en España es paradójica: muy necesaria pero poco demandada por los médicos, que tienen cada vez menos pacientes a su cargo, pero más agobio. Cuando se hizo la reforma de la AP, hace ya cuarenta años, había un proyecto común, un rumbo. Aunque el país tardó casi dos décadas en completar la reforma, se siguió la ruta y se alcanzó la meta. Pero hoy en día no se puede identificar un rumbo claro y consensuado en el SNS para la AP, más allá de las odas y los buenos deseos. Los sucesivos planes y estrategias para la AP, desde 2007, no se han traducido en una mejora clara de la cotización de la medicina de familia en el MIR, que es una señal clara en un mercado excepcionalmente transparente en este país. La renovación generacional de los médicos de familia y el potencial de la digitalización para consolidar redes donde los profesionales del mundo rural no se sientan aislados son motivos de optimismo, pero tal vez la reforma de la AP deba ser menos incremental y más disruptiva, en lo organizativo y en la financiación y gestión. Una buena comunicación, sobre lo que AP es y lo que aporta a la salud de la población y del sistema, es pieza clave en el proceso de cambio.

Bibliografía

- Abellán Perpiñán, J. M., Sánchez Martínez, F. I., Martínez Pérez, J.-E., & Ruiz López, J. J. (2024). La atención primaria de salud en la Región de Murcia: Situación actual y propuestas de mejora. Consejo Económico y Social de la Región de Murcia.
- Ballvé Moreno, J. L., Pujol Ribó, G., Eguino San Roman, B., Castella Cuesta, C., & Moreno Bella, J. L. (2010). La comunicación interna en atención primaria, una aproximación cualitativa. *Atención Primaria*, 42(3), 185-186. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.05.011>
- Barber Perez, P., & Gonzalez Lopez-Valcarcel, B. G. (2022). Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/necesidadEspecialistas/docs/2022Estudio_Ofera_Necesidad_Especialistas_Medicos_2021_2035V3.pdf
- Beck RS, Daughtridge R. & Sloane PD. (2002). Physician-patient communication in the primary care office: A systematic review. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 15(1), 25-38.
- Bjerrum L, Llor Vilà C. (2012). Dinamarca. AMF 8(8):519-521. Disponible en: <https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/dinamarca>
- Casajuana J, Gérvias Camacho JJ, Universitat Pompeu Fabra. La renovación de la atención primaria desde la consulta. Madrid: Springer Healthcare Ibérica; 2012. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10230/20284>
- Comisión Europea. (2018). A new drive for primary care in Europe: Rethinking the assessment tools and methodologies: Report of the expert group on health systems performance assessment. Publications Office. <https://doi.org/doi/10.2875/58148>
- Esteve-Matalí, L., Vargas, I., Cots, F., Ramon, I., Sánchez, E., Escosa, A., & Vázquez, M. L. (2022). ¿La integración de la gestión de servicios sanitarios mejora la coordinación clínica? Experiencia en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 36, 324-332. DOI: 10.1016/j.gaceta.2021.06.004
- Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios CCOO (FSS-CCOO). (2019). Plan Integral de Atención Primaria SNS. <https://www.ccoo.es/7076864c59cf91de0011b51a7d15b19f000001.pdf>
- Fundación Ramón Areces e IVIE. (2021). Sistema de indicadores de accesibilidad a los servicios sanitarios. València, mayo de 2021. Base de datos disponible en: https://www.ivie.es/wp-content/uploads/2018/12/Indicadores_Accesibilidad_Servicios_Sanitarios_2019.xlsx
- Gérvias, J. (2004). Atención Primaria de Salud en Europa: Tendencias a principios del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma Ata. *Semergen*, 30(5), 245-257.
- González López-Valcárcel, B., & Barber Pérez, P. (2024). La Medicina de Familia en el MIR. Wishful thinking y realismo constructivo. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 17(1), 5-8. <https://doi.org/10.55783/rcmf.170101>
- Hernando Sarachaga, G., Izaguirre Olaizola, J., & Aguirre García, M. S. (2021). Integración del cuidado de la salud en Euskadi: Estudio cualitativo y diagnóstico del proceso de implementación de Osakidetza-Sistema Vasco de Salud. <https://doi.org/10.5295/cdg.181030gh>
- Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C. O., Williams, M. V., Basaviah, P., & Baker, D. W. (2007). Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA*, 297(8), 831-841. <https://doi.org/10.1001/jama.297.8.831>

Marshall, L., Charlesworth, A., & Hurst, J. (2014). The NHS payment system: Evolving policy and emerging evidence. London: The Nuffield Trust.

Ministerio de Sanidad (2022). Portal Estadístico. Área de Inteligencia de Gestión. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Profesionales de los Equipos de Atención Primaria (EAP). Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/C/sistema-de-informacion-de-atencion-primaria-siap/profesionales/equipos-de-atencion-primaria-eap>

Ministerio de Sanidad (2021). Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-23. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion_Primaria.pdf
<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/consejolnterterri/docs/1434.pdf>

Ministerio de Sanidad (2019). Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Marco_EstrategicoAPS_25Abril_2019.pdf

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Marco Estretégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf

Ministerio de Sanidad (2022). Indicadores clave. Sistema Nacional de Salud. <https://inclasns.sanidad.gob.es/main.html>

OECD. (2023). Health at a Glance 2023. <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/7a7afb35-en>

Pérez, M. (1989, octubre 28). La silla del doctor Marañón. El País. Disponible en: https://elpais.com/diario/1989/10/28/sociedad/625532403_850215.html

Porter, M. E. (2010). What Is Value in Health Care? New England Journal of Medicine, 363(26), 2477-2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>

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>

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly, 83(3), 457-502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

Marcas y otros animales mitológicos Brands and other mythological animals

Pilar Kaltzada González^a

^a Linking Ideas, España

Resumen

Para algunos la Atención Primaria es el lugar de acceso a unos servicios complejos que vendrán después, para otros, es la base del sistema sanitario sobre la que se levantan derechos ciudadanos y garantías de bienestar. La Atención Primaria sufre de mala imagen crónica. Sin embargo, numerosos estudios indican que la realidad no se corresponde con la imagen de «estado de derribo» que parece tener hoy. La imagen de un servicio, y Atención Primaria lo es, se levanta sobre percepciones. En muchos casos, inmunes al peso de los datos. Si la imagen es una amalgama de percepciones, la marca es una construcción consciente que combina visión, estrategia y recursos que se destinan a trasladar el valor de lo que se ofrece de forma estructurada y consciente. La marca es el conjunto de ideas y sentimientos distintivos que las personas tenemos hacia un servicio, producto u organización a la que se refiere. Es una relación que nos provoca sentimientos, pensamientos y acciones conectadas a la promesa de valor. Atención Primaria es un servicio cuyo potencial e imagen están muy por debajo del valor real de su marca. La Atención Primaria se asienta sobre un relato de crisis y una percepción de deterioro que dificulta gestionar su marca. Marca que debe redefinirse desde el prisma del valor que aporta, un valor único: la salud como primer derecho social.

Palabras clave: Atención Primaria; Branding; Identidad; Marca e imagen; Gestión; Orientación al cliente

Abstract

For some people, Primary Healthcare is the access door to complex services that will come later. For others, it is the foundation of the health system on which citizen rights and guarantees of well-being are built. Primary Care suffers from a chronic bad image. However, numerous studies indicate that the reality does not correspond to the image of a "state of demolition" that it seems to have today. The image of a service, and Primary Healthcare is it, is built on perceptions. In many cases, immune to the weight of the data. If the image is an amalgam of perceptions, the brand is a conscious construction that combines vision, strategy and resources that are used to transfer the value of what is offered in a structured and conscious way. A brand is the distinctive set of ideas and feelings that people have towards a service, product or organization to which it refers. It is a relationship that generates feelings, thoughts, and actions connected to the promise of value. Primary Healthcare is a service whose potential and image are far below the real value of its brand. Primary Healthcare is based on a crisis narrative and a perception of deterioration that makes it difficult to manage its brand. A brand that must be redefined from the prism of the value it brings, a unique value: the health as the first social right

Keywords: Primary Healthcare; Branding; Identity; Brand and image; Management; Customer orientation

Introducción

El diccionario de la Real Academia Española presenta tres acepciones diferentes para el término “primaria”: 1. “Primero en orden o grado”, 2. “Principal o esencial” y 3. “Primitivo o elemental” (<https://www.rae.es/diccionario-estudiante/primario>). Entre las entradas descriptivas, Atención Primaria queda definida como “asistencia médica inicial que recibe un paciente”.

La duda clásica sobre si las palabras definen o condicionan el objeto que describen, queda aquí sin resolver, y la carga semántica que cada persona asignamos a esta definición dibuja escenarios bien distintos. Hay quienes defienden que la Atención Primaria es algo así como el recibidor de una construcción imponente, un mero lugar de acceso a unos servicios complejos que vendrán después. Por fortuna, hay otras muchas personas que entienden que la Atención Primaria es la cimentación de este edificio, la base sobre la que se levantan no solo servicios médicos, sino derechos ciudadanos y garantías de bienestar.

Hay una frase que siempre me ha resultado atractiva e inquietante a la vez. Dice, más o menos, así: «Quien quiera dirigir la orquesta deberá dar la espalda al público». No dejo de pensar que, en gran medida, la imagen que tenemos sobre la Atención Primaria y el valor que aporta a la sociedad está siendo orquestada dando la espalda tanto a la ciudadanía como a la misma realidad.

Imagen y marca

La Atención Primaria sufre de mala imagen crónica, con episodios de agudización de su desprestigio habitual en los últimos tiempos. Basta revisar la prensa y principalmente sus aledaños (redes sociales y similares), para constatar que los sistemas de salud, en general, y la Atención Primaria, en particular, son objeto de referencia constante y no siempre haciendo justicia a la realidad (figura 1).

Sin embargo, los datos de valoración del servicio siguen estando en positivo, y parece que no se ha deteriorado tanto como podría suponerse. La población en su conjunto puntúa a las consultas de Atención Primaria con 6,37 puntos en 2023 (6,41 puntos en el informe de octubre de 2023) vs 6,23 puntos en 2022. Tanto las consultas de Atención Primaria como la atención de urgencias en los centros de salud están mejor valoradas que las consultas y la atención de los servicios de urgencias hospitalarios (figura 2).



Figura 1. Relato de crisis, sobre la atención primaria, que se transmite en los medios de comunicación. Fuente: Elaboración propia, a partir de titulares de prensa publicados online.

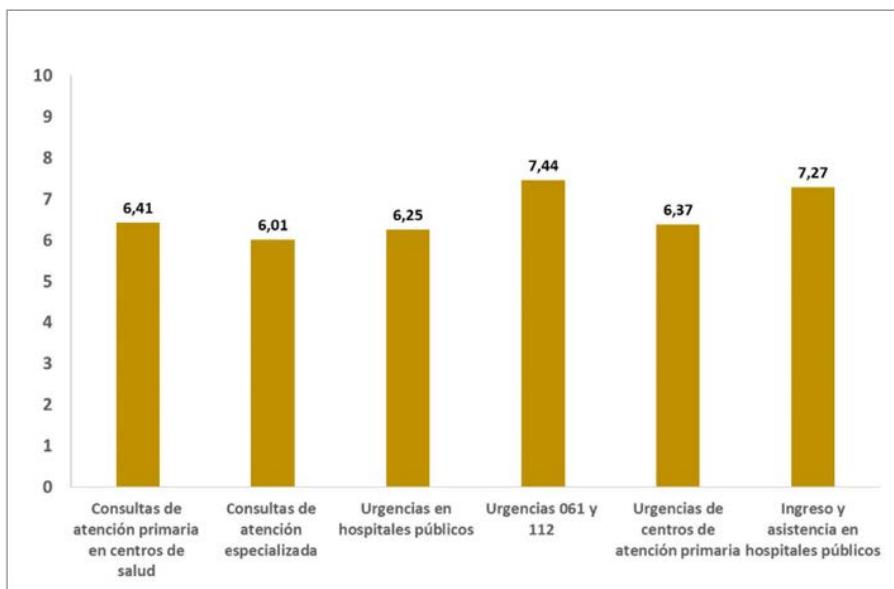


Figura 2. Valoración media de los diferentes servicios sanitarios públicos. Fuente: Nota técnica del Barómetro Sanitario [octubre 2023], Ministerio de Sanidad.

Como en años anteriores, la población general sigue manteniendo una clara preferencia por los centros públicos para los cuatro niveles asistenciales que se analizan: atención primaria, atención especializada, hospitalización y urgencias (figura 3).

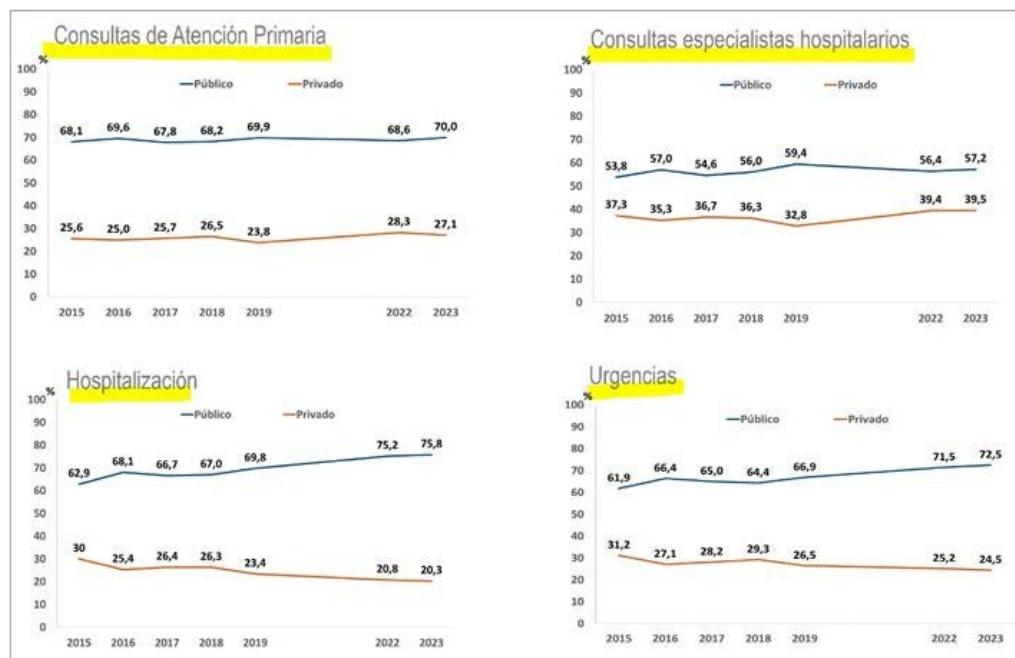


Figura 3. Preferencia de utilización del servicio sanitario público o privado, si pudiera elegir. Fuente: Informe Barómetro Sanitario 2023. Ministerio de Sanidad.

Estos y muchos más datos pueden consultarse en el informe técnico del barómetro sanitario que realiza el Ministerio de Sanidad, en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (Ministerio de Sanidad, 2023).

Además, las evidencias que innumerables estudios sobre los sistemas de salud han ido recopilando a lo largo del tiempo (Starfield et al., 2005; Kringos et al., 2010; Piérard, 2014; Pereira et al., 2018; Barker et al., 2017; Palacio, 2019; Sandvik et al., 2022; Baker et al., 2023) no se corresponden con la imagen de «estado de derribo» que parece tener la Atención Primaria hoy en día en nuestro entorno.

Dicho de otro modo, la imagen de decadencia y des prestigio no hace justicia a los datos positivos sobre los resultados en salud del desempeño de la Atención Primaria, cuando está bien dotada y se dedica a lo que se tiene que dedicar. A modo de ejemplo, y sólo por aportar algunos datos, el estudio noruego de Sandvik et al. (2022) demostró que mantener el mismo médico de familia durante 15 o más años reduce hasta un 30 % las visitas a urgencias, los ingresos y la mortalidad.

Nada más lejos de mi intención que defender lo indefendible: la Atención Primaria necesita profundas reformas, adaptaciones y recursos, acordes con el papel central que desempeña en el sistema sanitario. Sin este refuerzo estructural básico corremos el riesgo de llegar a la «profecía autocumplida», con enorme riesgo para el sistema de bienestar y justicia social. Sin negar, por lo tanto, lo evidente, me gustaría complementar esta reflexión con otros aspectos complementarios.

La imagen de un servicio se levanta sobre percepciones que, en muchos casos, son inmunes al peso de los datos. Sobre una misma realidad, elegimos destacar y maximizar rasgos sobre ese servicio y, por lo tanto, también elegimos minimizar otras realidades que podrían llevarnos a una idea mucho más informada y completa (Aaker & Álvarez, 2014).

Si esta afirmación te lleva a pensar que no hay nada que hacer para poner en valor la Atención Primaria ante la ciudadanía y los poderes públicos que la gestionan, permíteme un poco de tu tiempo para compartir algunas reflexiones , eso espero, algo de luz.

La imagen se sufre o se gestiona, y esto también es una opción por la que podemos (y debemos) apostar. Si la imagen es una amalgama de percepciones, la marca es una construcción consciente que combina visión, estrategia y recursos que se destinan a trasladar el valor de lo que se ofrece de forma estructurada y consciente.

La marca es el conjunto de ideas y sentimientos distintivos que las personas tenemos hacia un servicio o producto o la organización a la que se refiere. Es una relación que nos provoca sentimientos, pensamientos y acciones conectadas a la promesa de valor. Por lo tanto, la marca no es lo que decimos a alguien, sino lo que esa persona recibe, siente y valida a partir de la experiencia. La marca no nos pertenece, pero es nuestra responsabilidad gestionarla con sentido de propósito, a través de lo que denominamos «branding»: el proceso de hacer e intervenir sobre la vida de una marca, a través de recursos estratégicos. Gestión, pura y dura.

Razones y opiniones

Empecemos, por lo tanto, por aceptar que la marca Atención Primaria existe, pero no nos pertenece y no nos satisface. ¿Debemos trabajar para la marca “Atención Primaria”? Sin duda, porque la que existe no es funcional. No proyecta ni genera la relación que deseamos, no traslada su valor único y no es acorde al posicionamiento que necesita (Whelan, Davies, Walsh & Bourke, 2010).

La Atención primaria, según la descripción el Ministerio de Sanidad es «el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social» (Ministerio de Sanidad, 2024)

La imagen de decadencia y des prestigio no hace justicia a los datos positivos sobre los resultados en salud del desempeño de la Atención Primaria

Esta descripción es acertada, en tanto que descriptiva, y traslada la categoría en la que está inscrita: gestión, coordinación y derivador de servicios de salud. Es una de las muchas posibles descripciones, porque las cosas cambian mucho. Si en lugar de generar la experiencia sobre nuestro rol en el sistema, sobre el qué hacemos, la construimos sobre nuestra prestación de valor, sobre qué aportamos, la salud es un derecho, y la atención primaria es la garantía de un derecho.

Regresemos al diccionario, a la definición de "Primaria". Creo que no me equivoco mucho si digo que para la mayoría de la ciudadanía la Atención Primaria está asociada a la primera acepción, «primera en orden o grado»: es la atención de primer recurso, lo primero que atiende y en su caso, deriva. Una percepción insuficiente en mi opinión, ya que coloca la Atención Primaria en una mera posición de intermediaria, despojada de valor añadido propio.

La segunda acepción, «principal, esencial», acierta más, según mi criterio, porque señala que los servicios primarios son fundamentales en tanto que regulan las desigualdades sociales y garantizan derechos.

La valoración de la Atención Primaria dista mucho de ser excelente y, ante todo, es incompleta. Falta entendimiento del rol de la Atención Primaria en el reconocimiento de los derechos de la ciudadanía. Falta prestigiar las capacidades de los equipos cuya tarea es garantizar la salud integral de la ciudadanía. La Atención Primaria no es un mero derivador de problemas hacia especialistas, sino la base sobre la que se alza el edificio de la protección de la salud de una sociedad (Rodríguez & Añel, 2024).

Las y los profesionales, verdaderos embajadores de marca, son muy críticos —con razón— sobre la trayectoria descendente en la que la valoración de la Atención Primaria lleva mucho tiempo deslizándose, tal y como apuntaló la principal sociedad de Médicos de Familia en España (semFYC, 2023). También ahí se ha instalado la falta de prestigio, reconocimiento y recursos (Rodríguez & Añel, 2023).

No sé si somos conscientes del efecto de las percepciones y el relato sobre el que se asienta actualmente la Atención Primaria. La experiencia se está deteriorando y el relato de crisis o Apocalipsis ya es más poderoso que el resto de las dimensiones que construyen el valor de la marca (figura 4).



Figura 4. Dimensiones que construyen el valor de marca, según el modelo de Aaker. Traducido y adaptado de https://www.impronte.mx/blog/modelo_de_aaker_para_crear_valor_de_marca/

Como señalaba anteriormente, no pretendo minimizar los problemas evidentes que arrastra la Atención Primaria, pero abogo por analizar con honestidad y rigor el impacto de la marca en el proceso, inexcusable, de recuperación del valor y posición de la marca Atención Primaria.

Fortalezas y debilidades de la marca Atención Primaria

El branding, o gestión de marca, es lo que permite aproximar la identidad de la marca a su imagen. La identidad es lo que la marca quiere ser. La imagen es cómo se percibe la marca.

Para gestionar la imagen de marca es necesario identificar y tener en cuenta todas sus características. ¿Qué es lo que hace fuerte a la marca Atención Primaria? ¿Cuáles son sus principales amenazas y debilidades?

En cuanto a sus fortalezas, Atención Primaria es:

- única y diferente, ninguna otra empresa ofrece las mismas prestaciones ni en contenido ni en forma (cercanía, accesibilidad, ...)
- auténtica, sus valores son claros y su desempeño diario los confirma
- relevante, mejora la calidad y la esperanza de vida de las personas
- adaptable, capaz de adaptarse de forma rápida y efectiva para dar respuesta a situaciones críticas (como ocurrió, por ejemplo, durante la pandemia de COVID-19)
- y tiene presencia, está ampliamente distribuida a lo largo y ancho de nuestro país

En cuanto a sus debilidades, acentuadas por la falta de previsión y de provisión en las últimas décadas, podemos decir que la actual marca “Atención Primaria” es:

- inconsistente, incapaz de cumplir con las expectativas de la ciudadanía
- difícil de explicar y difícil de comprender: sus objetivos y funciones son contrarias a la lógica de los intereses del mercado (intervencionismo), y son contra intuitivas (hacer más *רַגְלָה* —incluso en el caso de las actividades preventivas— no siempre es mejor, e incluso puede resultar contraproducente)
- y está desprotegida, es incapaz de contrarrestar el des prestigio y la invisibilización mediática a la que está sometida.

Optar, resignificar y gestionar

Sin pretensión de ser exhaustiva en este recorrido, me limitaré a señalar lo evidente: para poder gestionar la marca de la Atención Primaria, es indispensable definir su identidad desde el prisma del valor que aporta individual y colectivamente, para llegar a una propuesta de valor único que clarifique el porqué y el para qué de la Atención Primaria, Kilómetro 0 de la sanidad y primer derecho social (Giulia, Nicholas & David, 2020).

La propuesta de valor de la marca Atención Primaria clarifica la posición interna y externamente, pero será estéril si no se gestiona de forma consistente, si no se articula en una estrategia de rebranding completa (Johnson, 2016). No basta con saber que la Atención Primaria es esencial: hay que construir una experiencia esencial en las percepciones de la ciudadanía, y esto requiere recursos y consensos, los bienes más escasos hoy en día.

Optar por los atributos esenciales y resignificarlos implica decidir qué elementos esenciales de la Atención Primaria son críticos para generar esta experiencia positiva y funcional. Me atrevo a sugerir el enfoque de derechos y la visión integral de la salud, que va mucho más allá de la ausencia de enfermedad, y la proximidad. Si se me permite el símil, una no se emociona por contratar una hipoteca, sino por poder tener un proyecto de vida propia. De la misma forma, la Atención Primaria no es el distribuidor de los servicios sanitarios más complejos o especializados, sino el lugar del cuidado integral.

Optar por los atributos esenciales y resignificarlos implica decidir qué elementos esenciales de la Atención Primaria son críticos para generar esta experiencia positiva y funcional

Referencias bibliográfica

- Aaker, D. & Álvarez, R. (2014). Las marcas según Aaker. Empresa activa.
- Añel, RM. (2022). Exceso de información y déficit de conocimiento: un desequilibrio “perjudicial para la salud”. Revista Española de Comunicación en Salud, 13(2): 256-264. Recuperado el 10 de julio de 2024 de: <https://doi.org/10.20318/recs.2022.6864>
- Baker, R., Levene, LS., Newby C & Freeman, GK. (2024). Does shortage of GPs matter? A cross-sectional study of practice population life expectancy. British Journal of General Practice, 25;74(742):e283-e289. Recuperad el 10 de julio de 2024 de: <https://doi.org/10.3399/bjgp.2023.0195>
- Barker, I., Steventon A. & Deeny SR. (2017). Association between continuity of care in general practice and admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. British Medical Journal, 356:j84. Recuperado el 10 de julio de 2024 de: <https://doi.org/10.1136/bmj.j84>
- Giulia F. Pace., Nicholas J. Janiga & David Y. Lo. (2020, Octubre 16). The Value of Branding in Healthcare. HealthCare Appraisers. Recuperado el 17 de julio de 2024 de: <https://healthcareappraisers.com/wp-content/uploads/2020/10/The-Value-of-Branding-in-Healthcare-PDF.pdf>
- Johnson, M. (2016). Branding: in five and a half steps. Thames & Hudson LTD.
- Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Van der Zee J & Groenewegen PP (2010). The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC health services research, 10:1-13.
- Ministerio de Sanidad (2023). Informe Barómetro Sanitario 2023. Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS. Subdirección General de Información Sanitaria. Recuperado el 17 de julio de 2024 de: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2023/Barom_Sanit_2023_totales/Resumen_ejecutivo_BS2023.pdf
- Piérard, E. (2014). The effect of physician supply on health status: Canadian evidence. Health Policy, 118(1):56-65.
- Palacio, J. (2019). Las ventajas de una relación estable: longitudinalidad, calidad, eficiencia y seguridad del paciente. AMF, 15(8):452-459. Recuperado el 15 de julio de 2024 de: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2506
- Pereira, DJ., Sidaway, K., White, E., Thorne, A. & Evans, PH. (2018). Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. BMJ Open, 8: e021161. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021161>
- Rodríguez, E. & Añel, R. (2023). Atención Primaria: un caso de invisibilización informativa. [Webinar]. Asociación Española de Comunicación Sanitaria. <https://www.youtube.com/watch?v=jF0WMjYZpiQ&t=1764s>
- Rodríguez, E. & Añel, R. (2024). Atención Primaria: construyendo una marca de prestigio. [Webinar]. Asociación Española de Comunicación Sanitaria. <https://www.youtube.com/watch?v=Xj3qvEPOnAM&t=25s>
- 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. Recuperado el 19 de julio de 2024 de: <https://doi.org/10.3399/bjgp.2021.0340>
- Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q, 83(3):457-502. Recuperado el 19 de julio de 2024 de: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
- Whelan, S., Davies, G., Walsh, M. & Bourke, R. (2010). Public sector corporate branding and customer orientation. Journal of Business Research, 63 (11):1164-1171. Recuperado el 19 de julio de 2024 de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbusres.2009.10.013>

Salud, mercado y atención primaria

Health, market and primary care

Juan Simó Miñana^a

^a Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, España

Resumen

La atención primaria (AP) aloja en su genoma su vocación de universalidad y su razón de ser rehúye la lógica de mercado. Al mercado le interesa la demanda y la actividad sanitaria. A la AP, resolver la necesidad sanitaria, aunque no se demande, y proteger al paciente de la medicina de excesos. Los países con una fuerte AP alcanzan mejores resultados en salud, con mayor equidad y a menor coste. Sin embargo, los políticos no han hecho prácticamente nada por empoderar y fortalecer la AP en España en las últimas dos décadas. Para ello, deben reforzar sus características esenciales: accesibilidad, longitudinalidad, polivalencia y coordinación. Progresivamente abandonada por los ciudadanos con mayor nivel educativo, de renta y con mayor influencia política y mediática (descremado sociológico), nuestra AP se debilita con la inestimable colaboración de los políticos que, desde hace muchos años, estrangulan su presupuesto al tiempo que ofrecen a estos sectores más influyentes alternativas de atención sanitaria sin AP, de provisión privada, financiadas públicamente (Mutualismo Administrativo) o incentivadas fiscalmente (seguros médicos privados). Parece que los políticos quieren en España una AP degenerada en beneficencia para quienes no tengan otras alternativas. ¿Será porque muchos de ellos forman parte de esos sectores influyentes

Palabras clave: Salud; Enfermedad; Atención Primaria; Mercado Sanitario; Médico de familia; Prestación de atención médica

Abstract

At the core of the genome of Primary Care lies its vocation for universality and its rejection of the logic of the market. The purpose of the primary care is to solve the health need, even if not demanded, and protecting the patient from the excess of the medical activity. Countries with a strong PC achieve better health outcomes, greater equity and lower costs. However, for the last two decades, politicians have done practically nothing to empower and strengthen Spanish PC. To do this, they must reinforce their essential characteristics: accessibility, continuity, versatility and coordination. Gradually abandoned by the citizens with a higher level of education, income status and greater political and media influence (sociological skimming), our PC is further weakened thanks to the invaluable collaboration of politicians who, for many years, have been strangling its budget and offering to these influential citizens private health care alternatives, without PC, financed with public resources ("Mutualismo Administrativo") or fiscally incentivized (private health insurance). It seems that Spanish politicians want a PC degenerated into charity for those who don't have other choices. Is it because many of them are part of those influential sectors of population

Key words: Health; Disease; Primary Care; Health Care Market; Family doctor; Delivery of Health Care

Mercado y atención primaria

Cuesta entender la atención primaria porque su genoma aloja su vocación de universalidad (una atención primaria para todos) y su naturaleza es inmiscible con la visión de la salud como un bien de consumo más. Por eso cuesta tanto entenderla y cuesta tanto explicarla como muy bien indica Anna Vall-Llossera (2016). En efecto, como señala Gemma Torrell (Yoldi, 2024), la atención primaria va a contracorriente de la lógica de mercado. La mercantilización de la salud hunde sus raíces en la equivocada idea de que cuanto más y más pronto reciba uno atención sanitaria, preventiva o curativa, mejor salud tendrá. El "cuanto más, mejor" casi nunca se cumple en la atención sanitaria y no es nada raro que cuanta más atención sanitaria reciba uno, sobre todo si es fragmentada, desordenada y descoordinada, el resultado sea francamente peor. El mercado, incluido el sanitario, a veces convierte en necesidades cosas que sólo son aparentes ventajas. Por ejemplo, en España, disponer de un seguro médico privado que permite acceder directamente al médico especialista privado que se considere oportuno por el motivo que se quiera y cuantas veces se deseé. En otras ocasiones, el mercado sanitario nos vende una solución para un problema que todavía no tenemos. Por ejemplo, y en cualquier país del mundo, los chequeos preventivos que combinan pruebas diagnósticas (incluso de imagen) con análisis de sangre y que poca gente sabe que sirven para bien poco (Krogsbøll, Jørgensen & Gøtzsche, 2019).

En lo más macro de la organización del sistema, prácticamente nadie consentiría, por ejemplo, que un paciente tuviera acceso o no a un órgano para trasplante dependiendo de su capacidad de pago. Y quien dice los trasplantes, dice el acceso a la hemodiálisis, al reemplazo de una válvula cardíaca o a la quimioterapia, por poner algunos ejemplos de tratamientos costosos. En muchos países, incluidos algunos desarrollados con sistemas sanitarios poco solidarios como EEUU, la primera causa de ruina familiar son las deudas por gastos médicos (Himmelstein, Lawless, Thorne, Foohey & Woolhandler, 2019). Evitar esto es una de las principales razones para disponer de un sistema sanitario público de calidad para todos. Un sistema sanitario que no deje fuera a nadie, ni al más pobre pero tampoco al más rico. Un sistema sanitario público universal es una de las mejores expresiones de solidaridad y de cohesión social. Así, el desarrollo histórico en Europa ha conducido a que la mayoría de sus países cuenten con sistemas sanitarios de mayoritaria financiación pública y cobertura prácticamente universal.

Público y privado en sanidad

Los políticos deciden qué papel desempeña el mercado y qué papel lo público en la asistencia sanitaria (Mora, 2007). Y no nos equivoquemos, apostar por lo público, por la solidaridad, por la universalidad y la financiación pública en sanidad no es incompatible con una provisión privada. Por ejemplo, en la atención primaria, con médicos de familia independientes que contratan sus servicios con la autoridad sanitaria como ocurre en la mayor parte de los países europeos (Gérvás, 2004). Al hablar de mercado me refiero, por ejemplo, al gradual incremento del gasto sanitario privado sobre el gasto sanitario total, del 20% de finales de la década de los 80 al 30% actual. También, al progresivo incremento de la proporción de españoles con seguro médico privado ocurrido en los últimos años.

Muy alto en algunos lugares como la Comunidad de Madrid donde alcanza al 40% de su población. Muchas de estas pólizas son incentivadas fiscalmente (ingresos fiscales que no se recaudan) o pagadas directamente con dinero público como en el caso del Mutualismo Administrativo (Muface, Isfas y Mugeju). Así, cuesta muchísimo creer a algunos que pretender "salvar" la atención primaria cuando en realidad defienden otra cosa (Figura 1). ¿Son conscientes de la importancia de cuidar la AP pública? Las decisiones de los políticos en España han conducido a que, según el Sistema de Cuentas de Salud del Ministerio de Sanidad, en el promedio 2003-2021, sea privado el 8% del gasto sanitario hospitalario en España, así como el 45% del gasto en atención ambulatoria (que incluye la atención primaria). Esto indica que el hospital público español es universal en la teoría y en la práctica, efectivamente universal, aceptado y utilizado por todas las clases sociales. Algo que no ocurre con la atención primaria que nunca ha visto satisfecha su vocación de universalidad (una atención primaria para todos, no sólo en la teoría, también en la práctica) como consecuencia de algunas medidas tomadas (o no tomadas) por los políticos que han conducido al descremado sociológico de la misma (Simó, 2021).

La mercantilización de la salud hunde sus raíces en la equivocada idea de que cuanto más y más pronto reciba uno atención sanitaria, preventiva o curativa, mejor salud tendrá



MANIFIESTO EN DEFENSA DE MUFACE

Desde el pasado mes de mayo las únicas soluciones aportadas por el Gobierno para la superación de la crisis han caído sobre los hombros de los empleados públicos. A ello debemos sumar los importantes recortes que se están aplicando en todos los ámbitos administrativos al sistema educativo.

Las Federaciones de Enseñanza de UGT y CCOO han denunciado y siguen denunciando esta situación. Igualmente han rechazado con rotundidad todos los recortes aplicados al sistema educativo.

Ante la próxima negociación del Pacto de Toledo, **las Federaciones de Enseñanza de CCOO y UGT** defienden el mantenimiento de la Mutualidad Funcionarios de la Administración Civil del Estado (MUFACE), con una mejora importante de las prestaciones tanto sociales como sanitarias y exigen expresamente el cumplimiento de los acuerdos alcanzados en el consejo General de la Mutualidad sobre las aportaciones de los mutualistas jubilados en la adquisición de medicamentos.

De ningún modo puede aceptarse que los servicios de MUFACE sean considerados como privilegios. Las mejoras de las condiciones laborales sectoriales que diversos colectivos de trabajadores han conseguido en sus convenios son derechos sociales o salariales a los que ningún trabajador puede ni debe renunciar y que deben ser socialmente respetados.

Las Federaciones de Enseñanza de UGT y CCOO defienden los servicios de MUFACE y exigen no solo su mantenimiento sino una mejora significativa de sus prestaciones, por lo que rechazan el recorte de la aportación que hace el Estado para financiar la Mutualidad, que en el proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado para 2011 se reduce de 5,03% al 4,92% del Haber Regulador.

Por ello, **las Federaciones de Enseñanza de UGT y CCOO** llaman a todo el profesorado a manifestar su defensa de unos derechos que ha costado mucho conseguir.

Las Federaciones de Enseñanza de UGT y CCOO realizarán concentraciones a partir del 15 de noviembre ante las sedes provinciales de MUFACE en las que presentarán el presente manifiesto.

SALVEMOS LA ATENCIÓN PRIMARIA



MANIFESTACIÓN 27 DE MARZO | de 12 a 13 horas
En la Plaza España junto a estatua rey Jaume I

¡MOVILÍZATE!



Figura 1. Manifiesto en defensa de Muface y cartel en defensa de la atención primaria, ambos con el logo de CCOO y UGT.

Descremado sociológico y abandono institucional de la atención primaria española

Originados durante la dictadura o preconstitucionales, han persistido hasta la segunda década de este siglo en España diversos subsistemas de atención sanitaria financiados públicamente, de provisión privada y sin atención primaria. De hecho, todavía persisten algunos como Muface, Ifsas y Mugeju (el llamado Mutualismo Administrativo). Accedieron a ellos, y todavía acceden, sectores sociales relativamente privilegiados, con mayor nivel educativo y de renta, y con mayor peso e influencia política y mediática. Esta situación ha privado a la atención primaria española del potente estímulo a la mejora del servicio que ejercen los ciudadanos más exigentes, influyentes e informados. Piénsese, por ejemplo, en la tipología del colectivo mutualista: jueces, secretarios judiciales, profesores de todos los niveles educativos, investigadores, altos cargos de la administración central, mandos de cuerpos y fuerzas de la seguridad del Estado, oficiales de las fuerzas armadas, inspectores de trabajo y de hacienda, diplomáticos, etc. Por ejemplo, ¿qué pueden enseñar sobre sanidad pública a nuestros hijos unos profesores cuya inmensa mayoría elige la provisión privada de los seguros médicos que conciernen con Muface, con acceso directo a especialistas privados y sin atención primaria? Además, desde hace décadas se mantiene el incentivo fiscal a la compra de seguros médicos privados, más frecuentemente adquiridos por clases medias y altas que, como consecuencia, son las más beneficiadas por el incentivo. Y, según declaran, los compran para esquivar las esperas de la parte ambulatoria del sistema y sortear al médico de familia al que perciben como un obstáculo a su acceso a los verdaderos especialistas (Figura 2).

Además, también desde hace décadas se emplea dinero público para, literalmente, regalar seguros médicos privados a miembros o empleados de instituciones, empresas u organismos públicos (Banco de España, Televisión Española, Ayuntamientos, Cabildos, Diputaciones, Parlamentos Autonómicos, etc.), pese a estar cubiertos todos ellos por el Sistema Nacional de Salud (SNS) y su atención primaria. Los sectores sociales más pudientes e influyentes sobre la opinión y el poder públicos han tenido, y tienen todavía, una provisión sanitaria privada, directamente pagada o subvencionada fiscalmente, como vía de escape alternativa a los centros de salud. Este descremado sociológico de la atención primaria, promovido y potenciado institucionalmente, regado siempre con dinero público, es la causa principal de su progresivo deterioro y debilitamiento. En efecto, la situación actual de la

atención primaria española y el estrangulamiento de su presupuesto son el resultado directo del desentendimiento de nuestras instituciones políticas, sanitarias y académicas que la han abandonado a su suerte al no hacer prácticamente nada en las últimas dos décadas para empoderarla y hacerla más atractiva para ciudadanos y profesionales. (Simó, 2021).

SÓLO A QUIENES SON BENEFICIARIOS DE LA SANIDAD PÚBLICA Y DE UN SEGURO MÉDICO PRIVADO, O DE UNA MUTUALIDAD DEL ESTADO CON ATENCIÓN POR LA SANIDAD PÚBLICA Y DE UN SEGURO MÉDICO PRIVADO, O DE UNA MUTUALIDAD DEL ESTADO CON ATENCIÓN POR LA SANIDAD PRIVADA Y UN SEGURO MÉDICO PRIVADO
(1 y 4 o 2 y 4 o 3 y 4 en P5)
(N=955)

Pregunta 5A

¿Y cuáles son las dos principales razones por las que ha contratado Ud. (o alguien de su familia) un seguro privado, teniendo ya un seguro público? (**MÁXIMO DOS RESPUESTAS**).

Porque atienden con más rapidez que en la pública	77,9
Porque atienden mejor que en la pública	15,1
Porque necesita algún servicio o atención que no está incluido en los servicios públicos (por ejemplo, atención dental)	15,4
Porque ofrece mejores servicios de hostelería en caso de ingreso (por ejemplo, poder estar en una habitación individual, mejor calidad de la comida, etc.)	6,3
Porque buscaba una mejor atención durante el embarazo y el parto	5,2
Porque se puede ir a el/a la especialista directamente sin consultar con el/la médico/a de cabecera	37,3
Por motivos de trabajo o porque es autónomo/a o cooperativista	3,4
Le/la aseguraron los padres o familiares	3,5
Por deficiencias en el funcionamiento de la sanidad pública	2,1
Otra respuesta	4,1
Ninguna más	0,3
N.S.	0,9
N.C.	0,5
(N)	(955)

Figura 2. Enunciado y respuestas a la Pregunta 5A del Barómetro Sanitario 2018. Resultados totales. Ministerio de Sanidad.

¿Es posible que tengamos exceso y defecto de atención sanitaria al mismo tiempo?

Los expertos se refieren a lo primero, es decir, que tengamos exceso de atención sanitaria (Lavis & Stoddart, 2008). Obviamente, la pregunta se refiere al grupo privilegiado de los países más ricos, club al que pertenecemos. La respuesta es evidente: por supuesto que tenemos un exceso de atención sanitaria y se encuentran muchas fuentes del mismo (Peiró, 2022). Un exceso que, además, hace daño al paciente (Korenstein, et al., 2018). Es lo que los expertos denominan iatrogenia (González & Campillo, 2017). Pese a este exceso, se sigue cumpliendo la Ley de Cuidados Inversos de Tudor Hart (1971): los sujetos y grupos poblacionales más desfavorecidos necesitan más atención sanitaria que los más favorecidos, pero reciben menos. Y se cumple incluso en países ricos con sistemas sanitarios universales y de financiación mayoritariamente pública. Por ejemplo, un estudio escocés, basado en todos los pacientes de 314 consultorios de atención primaria (1/3 de la población escocesa) mostró que el inicio de la multimorbilidad se produjo entre 10 y 15 años antes en las personas que vivían en las zonas más desfavorecidas (Barnett, et al., 2012).

En Suiza, durante la pandemia, se comprobó que quienes vivían en barrios de bajo nivel socioeconómico tenían menos probabilidad de hacerse una prueba COVID pero más de dar positivo, de ser hospitalizados o de morir que aquellos que vivían en barrios de mayor de renta (Riou, et al., 2021). El diseño de los sistemas sanitarios es el principal condicionante de esta inequidad: su grado de desarrollo, de adaptación a las necesidades de los grupos sociales más desfavorecidos y, especialmente, su mayor o menor exposición al mercado. Los sistemas sanitarios deberían estar mejor diseñados para contrarrestar esta inequidad, no para perpetuarla más. Un sistema sanitario basado en la atención primaria puede mejorar específicamente los recursos en las zonas con indicadores sanitarios y sociales más desfavorecidos y reducir así la inequidad y las desigualdades en salud, incluso desde las propias consultas de los profesionales (Simó & Gérvás, 2024).

El precio de la satisfacción

Las consecuencias perjudiciales que tiene el exceso de atención sanitaria son considerables. De hecho, la atención sanitaria es la tercera causa de muerte en los EEUU (Makary & Daniel, 2016). El mercado gusta más de planificar la atención a la demanda (infinita por definición y más prevalente donde más riqueza hay) que la atención a la necesidad sanitaria (finita epidemiológicamente hablando y más prevalente allá donde menos riqueza hay). Que nadie espere que, por iniciativa propia, el mercado lleve la prestación sanitaria allá donde más se necesita sino allá donde es más rentable por mayor demanda de la misma, aunque eso signifique un consumo sanitario inútil, ineficiente o dañino pues la actividad es su combustible con el pago por acto.

A la atención primaria le interesa resolver la necesidad sanitaria del paciente, aunque éste no la demande, y aspira a protegerle del daño por exceso de atención sanitaria. Sin embargo, las clases medias y altas españolas, y sus políticos, ignoran el peligro de esta medicina de excesos y están muy "satisfechos", unos con sus seguros médicos privados y otros con sus mufaces. Por eso, desde hace muchos años, los políticos de cualquier color, incentivan fiscalmente estos seguros. Por eso también, incumplen la Ley General de Sanidad al no incluir al Mutualismo Administrativo (Muface, Ifsas y Mugeju), al que muchos pertenecen, en el SNS y su atención primaria. Tanto unos como otros desconocen el precio de esa "satisfacción": mayores costes, más ingresos hospitalarios e incremento de la mortalidad (Fenton, Jerant, Bertakis & Franks, 2012). No saben navegar en el mar de la incertidumbre y van de puerto en puerto, de especialista en especialista, sin la menor sospecha del peligro que esto encierra por retraso indebido del diagnóstico o por diagnóstico precoz inoportuno, ambos por exceso de medicina (Gérvás & Pérez-Fernández, 2005).

Necesidades y demandas en atención sanitaria

En cuestiones de salud y enfermedad no siempre somos capaces de diferenciar entre nuestras preferencias y lo que en verdad necesitamos. No es lo mismo, por ejemplo, que cuando nos compramos un coche. En este caso nuestros gustos o preferencias se convierten directamente en necesidades y éstas en demanda si somos capaces de pagarla. En este y en muchísimos casos más, el mercado funciona. Sin embargo, la mayoría de nosotros no puede reconocer o expresar sus necesidades médico-sanitarias. Tendríamos que ser todos médicos para poder hacerlo y ni siquiera así. Les aseguro que, ni en tal caso, en el momento en que le descubren una enfermedad importante, sabe uno exactamente qué hay que hacer y cuándo hacerlo. Aun siendo médico, cuando uno enferma y es paciente, lo habitual es que el temor y la inseguridad por la incertidumbre aminoren la objetividad y dificulten la toma correcta de decisiones. En general, cuando eres paciente, cuando estás enfermo, entre tú y las correctas decisiones médicas se interponen tu relativo desconocimiento, tus miedos y manías, tus fobias y filias, tus hipocondrías y paranoias, etc., que enmarañan tu interpretación de lo que te pasa y de lo que hay que hacer (Mora, 2007). En consecuencia, cuando enfermamos más allá de un resfriado, una diarrea o cualquier otra cosa leve, nuestra conclusión sobre lo que médicalemente se debe hacer va por un lado y la verdadera necesidad médico-sanitaria puede ir por otro, a veces muy distinto. Es lo que los expertos denominan "asimetría de información" entre paciente y médico.

Un médico de familia que le conozca de tiempo es bueno para su salud

Por lo tanto, en el ámbito de lo micro, es muy importante tener un médico de familia de confianza, un médico personal accesible y cercano que le conozca desde hace tiempo. Si lleva con él muchos años, mucho mejor. Ya lo decía Hipócrates: «Es más importante saber qué tipo de persona tiene una enfermedad, que saber qué tipo de enfermedad tiene una persona». Por su bien, no se cambie de un médico de familia que le conozca de más de 10 años, aunque no le hiciera aquella radiografía que un día le pidió porque la rodilla parecía que le iba a explotar ni le mandara al neurólogo aquellas semanas que tanto le dolió la cabeza.

La literatura científica recoge muchos estudios que muestran los beneficios para la salud del paciente cuando éste conserva durante años el mismo médico de familia. Uno de los más recientes, realizado en Noruega, muestra una reducción importantísima, de alrededor del 30%, de la mortalidad, de las visitas a urgencias y de los ingresos hospitalarios (Sandvik, et al., 2022). Por lo tanto, sólo el hecho de tener un médico de familia que le conozca desde hace años es bueno para su salud. Un médico de familia es el especialista que mejor conoce todo lo que puede haber detrás de, por ejemplo, un "simple" dolor lumbar. Y es el mejor formado y el que más experiencia tiene para

plantearse una primera aproximación a las posibles causas en un paciente al que conoce y le consulta por dicho motivo. ¿Se imagina el peregrinaje de especialista en especialista en alguien que desprecia la consulta con su médico de familia y prefiere hacer uso de su seguro médico privado hasta que se llega a la conclusión de que el dolor lumbar se debía a las metástasis óseas de un cáncer de próstata? ¿Se hace una idea de la cantidad de estos peregrinajes en un sistema sanitario sin médicos de familia como profesionales de primer contacto, es decir, sin atención primaria? ¿Sorprende que, en el mundo de los seguros médicos privados donde se paga por "acto" médico, se hagan más "actos" de los estrictamente necesarios? ¿Sorprende que los países con sistemas sanitarios no basados en la atención primaria tengan peores resultados en salud y mayores costes?

Una atención primaria para todos para más equidad, efectividad y eficiencia

Hace mucho tiempo que Barbara Starfield (2001) demostró que los países con sistemas sanitarios basados en la atención primaria obtienen mejores resultados no sólo en equidad, también en efectividad y eficiencia pues consiguen mejores indicadores de salud con menor coste. Una década después, la misma Starfield actualizaba la cuestión y confirmaba estos resultados en un artículo para el Informe SESPAS 2012 (Starfield, 2012). Con sus decisiones, los políticos demuestran ignorar que la mayor equidad, efectividad y eficiencia que proporciona la atención primaria depende del cumplimiento de las características esenciales de la misma: accesibilidad, longitudinalidad, polivalencia y coordinación (Maiz, 2019). Esto exige una atención primaria para todos que no sea pasto del descremado sociológico ni se le estrangule el presupuesto y, sobre todo, en la que se promueva una innovación organizativa que potencie esas características esenciales. De lo contrario, la atención primaria española proseguirá su camino decadente de debilidad hacia un subsistema residual, tipo beneficencia, para quienes no puedan escapar de ella por no disponer de otras alternativas. Y una atención primaria tan débil no puede contrarrestar correctamente la Ley de Cuidados Inversos ni los efectos de una medicina de excesos (sobrediagnóstico, sobretratamiento, cascadas iatrogénicas, etc.) cada vez más prevalente en el sistema por la creciente fragmentación asistencial y la mayor derivación directa entre servicios hospitalarios. Se resienten así la equidad y la calidad del SNS que ya padece un claro trastorno por déficit de atención (primaria) con hiperactividad (hospitalaria) (Simó, 2021).

La atención primaria ha de ser para todos o nunca será. Una mejor atención primaria solo será posible si es efectivamente universal y si se consensuan unos cimientos que la posibiliten, libres de prejuicios y lugares comunes tan tozudamente falsos como reiteradamente invocados. Se trata de poner las bases, incluidos los cambios normativos necesarios, que permitan que la atención primaria «pueda» más que «deba» hacer. Si hay algo evidente es el agotamiento del modelo actual mediante la innovación organizativa «desde arriba». Necesitamos un modelo menos rígido y menos prescriptivo, mucho más flexible y abierto al abanico de alternativas de innovación organizativa y de gestión que surjan desde los propios profesionales. Este abanico hay que facilitarlo y promoverlo pues la innovación «desde abajo» la necesitamos desesperadamente (Simó, 2022). Sería deseable, pues, que las nuevas promociones de médicos de familia tomen las riendas, sean más propositivos, que no esperen la tutorización de unos políticos que son de poco fiar y no tarden tantos años, como otros tardamos, en darse cuenta de todo esto.

Termino con un párrafo textual de Anna Vall-Llossera (2016):

En un mundo donde el mercado lo domina todo, intentar que un exceso de medicina no haga daño y contrarrestar las deficiencias en la atención en quienes más la necesitan, penaliza. La atención primaria no encaja en el sistema económico que nos rige. No somos un buen mercado. La anamnesis, la exploración física, la escucha y la palabra en la consulta no es el gran negocio. Dejar de hacer lo innecesario para evitar los daños de la medicina es contrario al mercado. La atención primaria es contracultural en una sociedad en la que se fomenta el miedo, la desconfianza y las falacias de las certezas absolutas y la inmortalidad

— — — — —
La Atención
Primaria ha de
ser para todos o
nunca será. Una
mejor atención
primaria solo
será posible si
es efectivamente
universal
— — — — —

Referencias bibliográfica

- Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S & Guthrie B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37-43. Consultado el 21 de junio de 2024: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
- Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, & Franks P. (2012) The Cost of Satisfaction. A National Study of Patient Satisfaction, Health Care Utilization, Expenditures, and Mortality. *Archives of Internal Medicine*, 172 (5), 405-411. Consultado el 21 de junio de 2024: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1108766>
- Gérvás J. (2004). Atención Primaria de Salud en Europa: tendencias a principios del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma Ata. *Semergen*, 30 (5), 245-57. Consultado el 21 de junio de 2024: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359304743087>
- Gérvás J. & Pérez-Fernández M. (2004). Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Atención Primaria*, 35 (2), 95-98. Consultado el 21 de junio de 2024: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-aventuras-desventuras-navegantes-solitarios-el-13071916>
- González B & Campillo C. (2017). La prevención y el control de la iatrogenia requieren varios frentes y alianzas. SESPAS llama a la colaboración. *Gaceta Sanitaria*. 31(5), 368–370. Consultado el 21 de junio de 2024: <https://scielo.isciii.es/pdf/gs/v31n5/0213-9111-gs-31-05-00368.pdf>
- Korenstein D, Chimonas S, Barrow B, Keyhani S, Troy A & Lipitz-Snyderman A. (2018). Development of a Conceptual Map of Negative Consequences for Patients of Overuse of Medical Tests and Treatments. *JAMA Internal Medicine*, 178 (10), 1401-1407. Consultado el 21 de junio de 2024: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2696732>
- Krogsbøll LT, Jørgensen KJ & Gøtzsche PC (2019). Controles generales de salud en adultos para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. Consultado el 21 de junio de 2024: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009009.pub3/full>
- Lavis JN & Stoddart GL. (2008). ¿Es posible que tengamos un exceso de atención sanitaria? *Ars Medica. Revista de Humanidades*, 7 (2), 158-173. Consultado el 21 de junio de 2024: https://www.fundacionpfizer.org/sites/default/files/ars_medica_jun_2008_vol07_num02_158_es_posible_qu_tengamos_un_exceso_de_atencion_sanitaria.pdf
- Maiz, G. (2019) ¿Por qué es importante la Atención Primaria de Salud? OSEKI Osasun eskubidearen aldeko ekimena-Iniciativa por el derecho a la salud. Consultado el 21 de junio de 2024: <https://oseki.eus/articulos/porque-es-importante-la-atencion-primaria-de-salud/>
- Makary MA & Daniel M. (2016). Medical error—the third leading cause of death in the US. *British Medical Journal*, 353 (8056). Consultado el 21 de junio de 2024: <https://www.bmjjournals.org/content/353/bmj.i2139>
- Mora A. (2007). ¿Se puede construir un sistema público de salud con bienes económicos? Siete puntos críticos. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 5(1), 79-104. Consultado el 21 de junio de 2024: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-se-puede-construir-un-sistema-13100313>
- Peiró S. (2022). El despilfarro en los sistemas sanitarios y sus fuentes. Antenas de Innovación y Difusión en Política y Gestión Sanitaria. Tercer trimestre 2022: Utilización eficiente de los recursos. Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra. Consultado el 21 de junio de 2024: https://www.upf.edu/es/web/cres/utilizaci%C3%B3n-eficiente-de-los-recursos/-/asset_publisher/Rak6VrxW2Hiz/content/editorial-el-despilfarro-en-la-atenci%C3%B3n-de-salud/maximized
- 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. Consultado el 21 de junio de 2024: <https://bjgp.org/content/72/715/e84>

- Riou J, Panczak R, Althaus CL, Junker C, Perisa D, Schneider K, Criscuolo NG, Low N & Egger M. (2021). Socioeconomic position and the COVID-19 care cascade from testing to mortality in Switzerland: a population-based analysis. *The Lancet Public Health*, 6(9): e683-e691. Consultado el 21 de junio de 2024: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00160-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00160-2)
- Simó J. (2021). La causa de la causa del ocaso de la Atención Primaria española. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 14(3), 129-130. Consultado el 21 de junio de 2024: <https://revclinmedfam.com/article/la-causa-de-la-causa-del-ocaso-de-la-atencion-primaria-espanola>
- Simó J. (2022). Reflexiones de un médico de familia sobre la atención primaria española tras 30 años en la trinchera. *Atención Primaria Práctica*. 4 (S1). Consultado el 21 de junio de 2024: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-practica-24-articulo-reflexiones-un-medico-familia-sobre-S260507302200037>
- Simó J & Gérvás J. (2024). Cómo combatir la “Ley de Cuidados Inversos” en la consulta de atención primaria. *Formación Médica Continuada*, 31(6), 305-6 305. Consultado el 21 de junio de 2024: <https://www.fmc.es/es-como-combatir-la-ley-de-cuidados-inverso-articulo-S1134207224000756>
- Starfield, B. (2001). Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson Editorial.
- Starfield B. (2012). Atención primaria: una creciente e importante colaboradora en la eficacia, la equidad y la eficiencia de los servicios de salud. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*. 26 (Suppl. 1), 20-26. Consultado el 21 de junio de 2024: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111003876>
- Tudor Hart J. (1971). The Inverse Care Law. *The Lancet*, 297 (7696), 405-412. Consultado el 21 de junio de 2024: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067367192410X>
- Himmelstein DU, Lawless RM, Thorne D, Foohey P & Woolhandler S. (2019). Medical Bankruptcy: Still Common Despite the Affordable Care Act. *American Journal of Public Health*. 109 (3), 431-433. Consultado el día 21 de junio de 2024: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6366487/>
- Vall-Llossera A. (2016). Nos cuesta explicar la atención primaria. Blog Salud, Dinero y Atención Primaria. Consultado el día 21 de junio de 2024: <https://saludineroap.blogspot.com/2016/09/nos-cuesta-explicar-la-atencion-primaria.html>
- Yoldi U. (2024). Gemma Torrell Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria de Barcelona “La Atención Primaria va a contracorriente de la lógica de mercado, de que se vea la salud como un bien de consumo” Noticias de Navarra. Consultado el día 21 de junio de 2024: <https://www.noticiasdenavarra.com/sociedad/2024/05/06/primaria-contracorriente-logica-mercado-salud-navarra-8161801.html>

Más no siempre es mejor (en los servicios sanitarios)

More is not always better (in health services)

Juan Gérvás^a, Mercedes Pérez-Fernández^a

^a Equipo CESCA, España

Resumen

En las sociedades occidentales actuales existe un problema de variabilidad en el uso de los servicios y productos sanitarios, sin que se haya demostrado que el mayor uso produzca mejor salud, sino más bien lo contrario. Tenemos una idea falsa de que más es siempre mejor. Aunque resulte contra intuitivo, lo cierto es que, por ejemplo, no siempre es mejor prevenir que curar. El diagnóstico precoz no siempre es beneficioso. A través de las cuatro situaciones específicas que se analizan a lo largo del artículo, queda claro que, actualmente, en los servicios sanitarios, tenemos un doble problema: de acceso para las poblaciones marginadas y de exceso para el resto de la población. Finalmente se presentan algunas propuestas sobre "qué hacer" para contrarrestar los efectos perjudiciales de los excesos médicos y de las inequidades en la prestación de servicios sanitarios. En este sentido, el papel del médico general y de la atención primaria resulta vital para nuestro sistema sanitario, con una cobertura universal, porque es quien llega a los colectivos más desfavorecidos y marginados, "defiende" a todos sus pacientes de sobrediagnósticos y sobretratamientos, y ofrece una atención clínica generalista, asertiva, reflexiva y transfiguradora de la asistencia sanitaria.

Palabras clave: Atención primaria; Diagnóstico precoz; Excesos médicos; Variabilidad; Cuidados inversos; Inequidades en salud.

Abstract

In the current Western societies there is a problem of variability in the use of healthcare services and products, without it being proven that greater use produces better health, but rather the opposite. We have a false idea that more is always better. Although it may seem counterintuitive, the truth is that prevention, for example, is not always better than cure. Early diagnosis is not always beneficial. Through the four specific situations analyzed throughout the article, it is clear that, currently, in health services, we have a double problem: access for marginalized populations and excess for the rest of the population. Finally, some proposals of "what to do" are provided to counteract the harmful effects of medical excesses and inequities in the provision of health care services. In this sense, the role of the general practitioner and primary care is vital for our universal health care system, because it is they who reach the most disadvantaged and marginalized groups, "defend" all their patients from overdiagnosis and overtreatment, and offer generalist, assertive, reflective clinical care that transforms the provision of health care.

Key words: Primary care; Early diagnosis; Too much medicine; Variability; Inverse care; Health inequities.

De problemas de acceso a problemas de exceso

Tenemos la idea de que más es siempre mejor, una idea que quizá provenga del deseo de acúmulo en tiempos de carencias generalizadas (alimento, agua, ropa, leña, alojamiento, etc.). Ello se aplicaba también a los recursos sanitarios, pues lo habitual era carecer de ellos y utilizar remedios caseros y tradicionales. La enfermedad grave suponía en muchos casos la ruina personal y familiar, por la carga del pago de los profesionales y de sus intervenciones.

En la actualidad, con el desarrollo científico y tecnológico, y con los sistemas sanitarios públicos de cobertura universal, en las sociedades “occidentales” hemos pasado de un problema de acceso a un problema de exceso. Así, por ejemplo, hemos pasado de un problema de acceso a los antibióticos (al comienzo con el salvarsán y después con la penicilina) a un problema de exceso de uso de los mismos, como es su paradigmática utilización en los casos de gripe y catarros de vías altas.

En las sociedades occidentales tenemos un problema de variabilidad en el uso de los servicios y productos sanitarios sin que se demuestre que el mayor uso produzca mejor salud, sino al contrario (Grady & Redberg, 2010). La cuestión del exceso se refiere al amplio campo de la actividad médica: Alzheimer, osteoporosis, “déficit” de testosterona (y de vitamina D), ecografías en el embarazo, “revisión ginecológica anual”, tercer molar, dolor de espalda, episiotomía, “niño sano”, hemoglobina glucosilada, dolor, depresión, ovario poliquístico, estatinas, hipertensión, etc.

Para decirlo todo, quizás tengamos un doble problema: de acceso para las poblaciones marginadas y de exceso para el resto de la población. Para explorar este campo examinaremos cuatro situaciones: 1/ el caso del sarampión (problemas de acceso), 2/ el caso del tétanos (problemas de exceso), 3/ el caso del infarto de miocardio (de errores por defecto, a errores por exceso) y 4/ el caso del diagnóstico precoz del cáncer (sobrediagnóstico propiamente dicho: diagnóstico cierto, pronóstico errado). En un último apartado realizaremos algunas propuestas sobre “qué hacer” para tratar de contrarrestar los efectos perjudiciales de los excesos médicos y las inequidades en la prestación de servicios sanitarios.

El caso del sarampión: problemas de acceso

España, sin obligar a vacunar, tiene tasas de vacunación altísimas. Respecto al sarampión, en el periodo 2008-2009 y en la Comunidad de Madrid, la vacuna triple vírica prácticamente llegaba a todo el mundo y al determinar los anticuerpos en sangre estaba protegido contra el sarampión el 98% de la población entre 2 y 65 años (García-Comas et al., 2015).

De acuerdo con las recomendaciones internacionales, con más del 95% de cobertura es casi imposible que haya un brote. Sin embargo, en 2011-2012 hubo un brote de sarampión en Madrid con 789 casos (García-Comas et al., 2017). De estos, 284 fueron en gitanos (pobres), por problemas de acceso al sistema sanitario.

Estas “bolsas” de falta de vacunación representan una población marginada y se producen en toda España. Así, en Sevilla, en San Juan de Aznalfarache, en 2011 hubo un brote de sarampión con 1759 casos (uno de ellos fue mortal). El estudio epidemiológico detectó que la cobertura vacunal que presentaron los escolares estudiados en el conjunto de la localidad fue del 94%. Los colegios que no pertenecían a la barriada Santa Isabel presentaron una cobertura del 98% (tan solo en los escolares de 6 años la cobertura bajó al 94%, mientras que en el resto de edades superó el 95%). Sin embargo, los escolares del colegio de la barriada Santa Isabel presentaron una cobertura vacunal global del 56% (Figura 1).

Las bajas coberturas de vacunación en cada edad en los escolares de la barriada Santa Isabel parecen corresponderse con las altas incidencias de la enfermedad y viceversa. Los contagios se produjeron en La Barriada de Santa Isabel, donde reside una comunidad gitana. Allí terminarían por contagiarse uno de cada mil habitantes, pero no por culpa de prejuicios contra las vacunas sino por exclusión social, en colegios en los que apenas la mitad de los escolares estaban vacunados (Luna, Rodríguez & Ortega, 2013).

El problema clave en el sarampión es, todavía, el acceso a la vacunación de “bolsas” de población marginada, generalmente pobre.

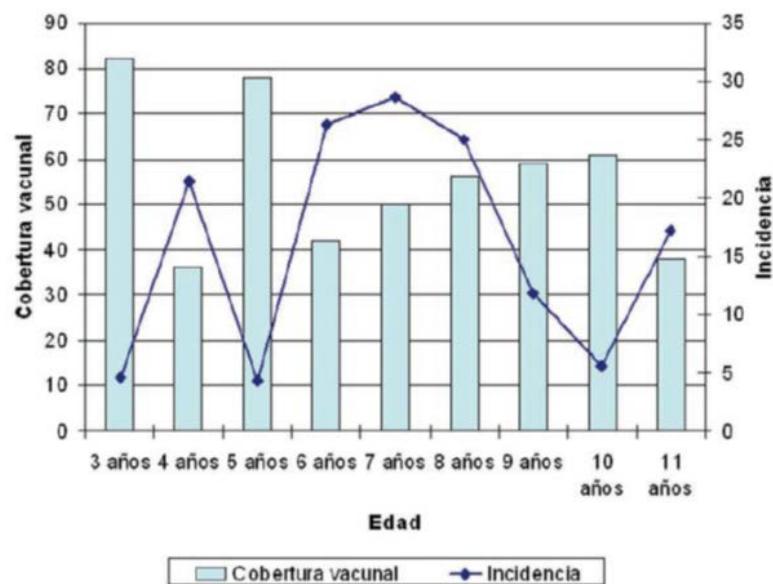


Figura 1. Relación entre coberturas vacunales e incidencia de sarampión en niños escolarizados de la Barriada Santa Isabel.

Fuente: Luna Sánchez, A., Rodríguez Benjumeda, L. M., & Ortega Sánchez, P. C. (2013). Análisis de un brote de sarampión en una barriada de la provincia de Sevilla, España. Revista Española de Salud Pública, 87, 257-266.

El caso del tétanos: problemas de exceso

En España el tétanos es una enfermedad muy infrecuente: en los últimos cuarenta años se han notificado 1218 casos y se han registrado 439 defunciones.

La vacunación infantil de tétanos se introdujo en la década de 1960 y en 1975 la vacuna DTP (difteria, tétanos y tos ferina) se incluyó en el primer calendario de vacunación (Centro Nacional de Epidemiología, 2024). El calendario vacunal ha evolucionado, en general con cinco o seis dosis en la infancia y adolescencia, y hasta el año 2009 con una dosis de recuerdo cada 10 años (desde entonces, sólo una dosis de recuerdo a los 65 años).

Las altas coberturas alcanzadas y mantenidas a lo largo del tiempo han conseguido que el tétanos sea una enfermedad de muy baja incidencia en nuestro país, afectando básicamente a ancianos (todas las muertes en mayores de 65 años) y en muy mayores (de 85 y más años) a mujeres (figuras 2 y 3).

Las Fuerzas Armadas comenzaron a vacunar contra el tétanos a todos los reclutas en el año 1967. El Servicio Militar Obligatorio desapareció en 2001, de forma que recibieron vacuna antitetánica la mayoría de españoles varones nacidos con anterioridad a 1983. Por ello, quizás el grupo interesante respecto a la prevención del tétanos con dosis de recuerdo de la vacuna sea el de mujeres nacidas antes de 1965.

Resultados similares ha obtenido el Reino Unido (menos de 0,1 casos y menos de 0,01 muertes por 100.000 habitantes) donde se abandonó la dosis de recuerdo cada 10 años en los años 90. Tal recomendación persiste en la actualidad en los Estados Unidos, es la que mantiene en España la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene y es frecuente como norma en los servicios de urgencias donde se suele practicar una medicina de “más es mejor”. Además, la vacunación contra la tosferina en la embarazada incluye también la del tétanos (no hay “vacuna contra la tosferina” como tal, aislada).

Es decir, es frecuente el exceso innecesario de dosis de recuerdo de vacuna antitetánica (exceso que puede conllevar riesgos y daños, y que genera gastos) y se “olvida” al grupo de ancianas que quizás requieran una dosis de recuerdo.

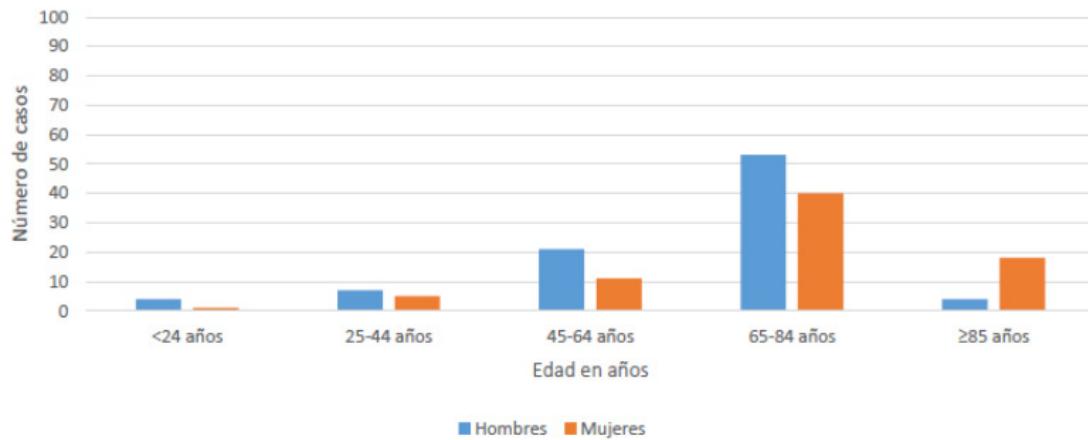


Figura 2. Casos de tétnos por grupos de edad y por sexo en España en el total del periodo 2005-2022.

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Centro Nacional de Epidemiología (CNE). Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Disponible en: https://cne.isciii.es/documents/d/cne/informe_t-c3-a9tanos_espa-c3-b1a_1983-2022_web-pdf

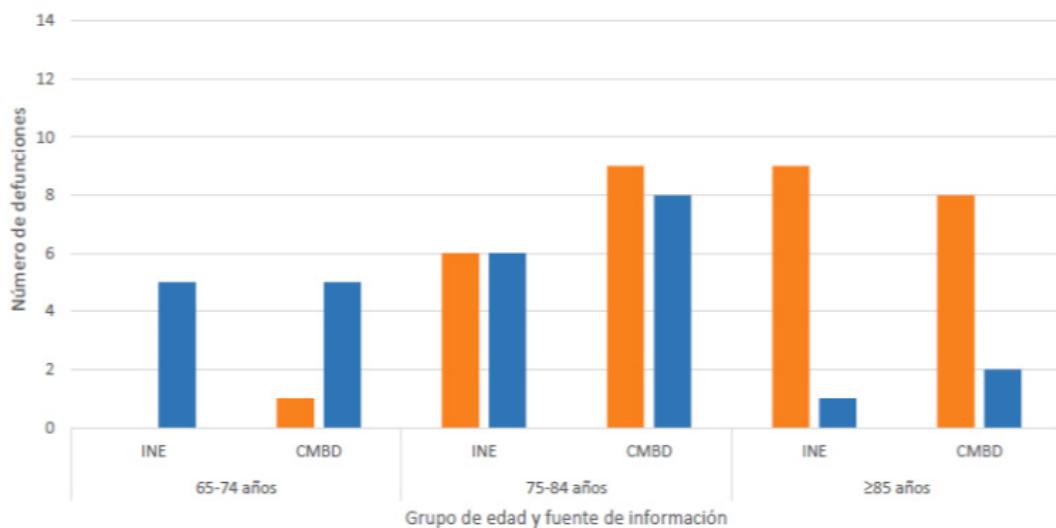


Figura 3. Número de defunciones por tétnos según sexo, grupo de edad y fuente de información.

Fuentes: INE, Estadística de mortalidad según la causa de muerte, y Ministerio de Sanidad, Registro de Actividad de Atención Especializada-Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD). Disponible en: https://cne.isciii.es/documents/d/cne/informe_t-c3-a9tanos_espa-c3-b1a_1983-2022_web-pdf

El caso del infarto de miocardio: de errores por defecto, a errores por exceso

En el diagnóstico del infarto de miocardio es clave el cuadro clínico, junto a los cambios en el electrocardiograma y la determinación de troponina en sangre (liberada por las células dañadas por la isquemia del músculo cardíaco). De hecho, se ha impuesto la determinación sistemática de la troponina ante todo tipo de cuadros clínicos y, por consecuencia, se ha producido un exceso de diagnósticos de infarto de miocardio. Así, hemos pasado de errores por defecto a errores por exceso.

Se calcula que hasta el 30-50% de los infartos de miocardio no son tales sino alteraciones como miocarditis y otras que conllevan elevación de la troponina en sangre. Se está aplicando una prueba ultrasensible a pacientes con muy baja probabilidad de enfermedad y de ahí los problemas diagnósticos y la alta tasa de falsos positivos (Shah et al., 2017; McCarthy, Wasfy & Januzzi, 2024; McDermott et al., 2024).

Además, la determinación ultrasensible de troponina lleva al diagnóstico de infartos de miocardio propiamente dichos que carecen de importancia respecto a su impacto vital. Este tipo de sobrediagnóstico (diagnóstico cierto, pero error pronóstico) obliga a redefinir el concepto de salud, normalidad y variaciones de la normalidad. Se puede estar sano con valores de una gradación que en su extremo se considera enfermedad, y hasta ahora sólo era "visible" ese extremo. Antes "sólo" podíamos diagnosticar infartos de miocardio de tamaño "suficiente" para producir daño clínico, y a veces muerte; con las nuevas tecnologías podemos diagnosticar infartos de miocardio "normales", extremadamente pequeños, que no tienen impacto clínico.

Precisamos, pues, redefinir qué es normalidad. También es necesario dar importancia y volver a valorar la clínica sobre la tecnología, para que ésta sea una ayuda en los casos en que se precise dada la situación del paciente.

Además, en el infarto de miocardio hay un exceso terapéutico respecto al uso de "stents" (pequeños tubos de malla, endoprótesis, que se utilizan para tratar el estrechamiento de las arterias coronarias, para reabrir las), una intervención que conlleva riesgos, como el propio infarto de miocardio, ictus cerebral y muerte (en el 1% de los casos) (Malhotra, 2013). Se calcula que entre el 25 y el 40% de todos los stents utilizados son innecesarios (Lown Institute, 2023). Parte de este exceso se debe al éxito conceptual de la teoría del colesterol y de la imagen de "tubos que se obstruyen" para explicar el infarto de miocardio, sin considerar que se trata de una enfermedad arterial general. Tales conceptos no sólo explican el exceso de uso de los stents, sino también el exceso de prescripción de "estatinas para todos, hasta la muerte" (Parish, Bloom & Godlee; 2015).

El caso del diagnóstico precoz del cáncer: sobrediagnóstico propiamente dicho (diagnóstico cierto, pronóstico falso)

Como hemos comentado, el sobrediagnóstico propiamente dicho puede deberse a nuestra ignorancia acerca de variaciones de la normalidad en problemas de gravedad. Sigue al diagnosticar cánceres de forma precoz, antes de que den síntomas, mediante las pruebas de cribado o screening (Esserman, Thompson & Reid, 2013). En estos casos de sobrediagnóstico, es cierto que el paciente tiene células cancerosas, por ejemplo, en la próstata, pero tales células no progresarán a cáncer invasivo, sino que permanecerán tal cual, o desaparecerán, y nunca causarán la muerte del paciente. Son situaciones en las que carecemos de conocimientos suficientes para diferenciar entre el cáncer de próstata de crecimiento lento, que nunca dará metástasis ni causará la muerte, y el de crecimiento rápido, el cáncer agresivo que sin tratamiento causará metástasis y provocará la muerte del paciente. Los cánceres de crecimiento lento (que nunca crecerán e incluso regresarán espontáneamente) sobreabundan entre los cánceres diagnosticados en los cribados o screenings. Es decir, este tipo de sobrediagnóstico pone en cuestión nuestra definición de cáncer y de salud, pues es compatible y frecuente el estar sano con el tener células cancerosas y cáncer propiamente dicho. Y es falso aquello de que el tener cáncer sin tratar lleva a la muerte. En realidad, se nos olvida muchas veces que "cáncer es una palabra, no una sentencia" (Shuman, 2018).

Hablamos de cáncer "histológico" para denominar a los "benignos" y de cánceres "biológicos" para denominar a los malignos. Ambos tipos de cánceres se dan en pacientes con cáncer de diagnóstico clínico (con síntomas) y de diagnóstico por cribado/screening, pero son mucho más frecuentes en éstos últimos.

Así, muchos melanomas diagnosticados en "campañas" de revisión (cribado/screening), especialmente en niños y adolescentes, son simples cánceres "histológicos" que hubieran regresado espontáneamente sin causar nunca la muerte. Se calcula que, en Estados Unidos, en 2018, el diagnóstico de melanoma fue sobrediagnóstico en el 50% de

Es necesario dar importancia y volver a valorar la clínica sobre la tecnología, para que ésta sea una ayuda en los casos en que se precise dada la situación del paciente

los casos en varones y en el 65% en mujeres (Adamson, Naik, Jones & Bell, 2024). El incremento de biopsias de piel se asocia al incremento de diagnósticos de melanoma, pero no de disminución de la mortalidad por melanoma, como también se demostró en Dinamarca (Nielsen, Sønbø & Thapa, 2024).

Puesto que los ricos se someten a más pruebas de cribado/screening de cáncer (tipo mamografía, revisiones de piel, etc.) al final acaban con más diagnósticos de cáncer de mama, próstata, tiroides y melanoma, pero su mortalidad por esta causa es casi la misma que la de los pobres (Welch & Fisher, 2017).

El diagnóstico precoz puede ser muy inoportuno y no añadir sino empeorar la calidad de vida de los pacientes.

¿Qué hacer?

Los excesos comentados, y muchos más, convierten en muy importante el papel de “guardián” del médico general/familia. Es decir, incrementan el valor de su trabajo para lograr que se apliquen las intervenciones sanitarias en los casos en que los beneficios superan a los daños, y que no se apliquen cuando los daños pueden ser mayores que los beneficios. Tan importante es saber cuándo es necesaria una intervención como saber cuándo no lo es.

El paciente está seguro si el profesional hace bien el 100% de lo que tiene que hacer y si no hace el 100% de lo que no tiene que hacer. Pero es muy difícil hacer bien lo que hay que hacer en el 100% de los casos en que los beneficios superan a los daños, y no hacer lo que no hay que hacer en el 100% de los casos en que los daños superan a los beneficios.

Lamentablemente, “no hacer” se enseña poco, y no es cosa sencilla, lleva mucho tiempo aprenderlo. Gil (2017) afirmaba que: “Hacen falta 3 meses para aprender a hacer una operación, 3 años para saber cuándo hacerla y 30 años para saber cuándo no hacerla”.

El progreso científico y tecnológico médico lleva a un pensamiento natural sanitario y sociológico de “más es mejor”, y en la práctica clínica a un “por si acaso”, o “ya que”, con una filosofía que medicaliza la variabilidad normal humana y pretende el diagnóstico precoz y la resolución de todo problema aplicando una intervención sanitaria.

En lo concreto, y a modo de conclusiones, cabe destacar los siguientes aspectos:

1.- Es clave que el médico de cabecera (general/de familia) tenga formación, crédito y la confianza de personas, familias y comunidad y que ofrezca atención continuada y longitudinal, a lo largo de la vida y para la mayoría de los problemas sanitarios, con accesibilidad que facilite el primer contacto cuando surgen los problemas de salud, o cambian/se agravan los mismos, y con capacidad de coordinación cuando se requieren la atención de los especialistas focales.

2.- Como hemos destacado, es importante que se intente revertir la Ley de Cuidados Inversos (que dice que se ofrecen más cuidados a quienes menos los precisan, y esto se cumple más cuanto mayor es la orientación a lo privado de los sistemas sanitarios) (Tudor, 1971), pues con frecuencia los servicios que se ofrecen no llegan a las personas/poblaciones que más los necesitan. Hay “bolsas” de marginación que siguen teniendo problemas de acceso efectivo.

3.- La variabilidad normal de la naturaleza humana es casi infinita. Conviene “ajustarla” a las nuevas posibilidades tecnológicas, que llevan la capacidad diagnóstica a límites en que es imposible distinguir lo patológico de la modificación normal de lo habitual. Es muy distinta la enfermedad con clínica que se intenta diagnosticar mediante el uso de la tecnología, que la enfermedad sin clínica que buscamos con dicha tecnología. Es fundamental incorporar a la docencia y a la actividad diaria esta sutil pero clave visión.

4.- La conceptualización del enfermar conlleva el inicio de cascadas clínicas de incierto final (Mold & Stein, 1986). Así, si predomina la teoría del colesterol, y la imagen de los “tubos obstruidos” por el mismo, es esperable el uso irracional de estatinas y de la implantación de stents. Conviene conceptualizar el enfermar en el contexto del humano vivir y de la complejidad de la salud, siendo la salud la capacidad de disfrutar de la vida pese a inconvenientes y problemas.

5.- Es importante el rechazo a la “tiranía del diagnóstico” (Rosenberg, 2002) pues un buen médico no es el que diagnostica siempre y siempre acierta con los diagnósticos, sino quien hace diagnósticos oportunos y certeros (sobre todo oportunos). El diagnóstico cierto precoz puede ser dañino por inoportuno y excesivo, como en el cribado del cáncer (mama, próstata, melanoma, etc.). De un buen médico que tenga reputación profesional y social se espera: a/ capacidad para realizar diagnósticos certeros y oportunos; b/ uso prudente de los recursos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores para maximizar beneficios y minimizar daños, y c/ habilidad para responder

apropiadamente a las necesidades de pacientes complejos en situaciones reales de limitaciones múltiples (Berenson & Kaye, 2013).

Por ello conviene la reflexión personal y colectiva para evitar la "tiranía del diagnóstico" (y la consecuente epidemia de sobrediagnósticos) y limitar las actividades diagnósticas a aquellas en las que el bien esperable supere al daño cierto.

En atención primaria aspiramos a un médico general/de familia que llegue a los marginados y que sepa "defender" a todos sus pacientes de sobrediagnósticos y sobretratamientos como forma de ofrecer una atención clínica generalista, assertiva, reflexiva y transfiguradora de la asistencia sanitaria (Urabián & Pérez, 2013).

Referencias bibliográfica

Adamson, A. S., Naik, G., Jones, M. A., & Bell, K. J. (2024). Ecological study estimating melanoma overdiagnosis in the USA using the lifetime risk method. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 29(3), 156-161. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2023-112460>

Berenson, R. A., & Kaye, D. R. (2013). Grading a physician's value—the misapplication of performance measurement. *New England Journal of Medicine*, 369(22), 2079-2081. doi: 10.1056/NEJMp1312287

Centro Nacional de Epidemiología (CNE). Enero 2024. Informe Epidemiológico sobre la situación del Tétanos en España. 1983-2022. [Internet]. Recuperado el 25 de agosto de 2024 de: https://cne.isciii.es/documents/d/cne/informe_t-c3-a9tanos_espa-c3-b1a_1983-2022_web-pdf

Esserman, L. J., Thompson, I. M., & Reid, B. (2013). Overdiagnosis and overtreatment in cancer: an opportunity for improvement. *JAMA*, 310(8), 797-798. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.108415>

García Comas, L., Ordobás Gavín, M., Sanz Moreno, J. C., Ramos Blázquez, B., Rodríguez Baena, E., Córdoba Deorador, E., ... & outbreak research work group. (2017). Community-wide measles outbreak in the Region of Madrid, Spain, 10 years after the implementation of the Elimination Plan, 2011–2012. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 13(5), 1078-1083. <https://doi.org/10.1080/21645515.2016.1267081>

García-Comas, L., Moreno, J. S., Gavín, M. O., Ordóñez, D. B., Gutiérrez, J. G., Blázquez, B. R., & Garduño, I. R. (2015). Seroprevalence of measles and rubella virus antibodies in the population of the Community of Madrid, 2008–2009. *Journal of Infection and Public Health*, 8(5), 432-440. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2015.01.012>

García-Comas, L., Moreno, J. S., Gavín, M. O., Ordóñez, D. B., Gutiérrez, J. G., Blázquez, B. R., & Garduño, I. R. (2015). Seroprevalence of measles and rubella virus antibodies in the population of the Community of Madrid, 2008–2009. *Journal of Infection and Public Health*, 8(5), 432-440.

Gil Rosendo, I. (2017, 24 de enero). La verdad es aterradora: los secretos de quirófano según el neurocirujano británico Henry Marsh. [Acceso el 11 de julio de 2024]. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-38731223>

Grady, D., & Redberg, R. F. (2010). Less is more: how less health care can result in better health. *Archives of internal medicine*, 170(9), 749-750. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.90>

Lown Institute 2023 Results. (2023). Avoiding Overuse: Coronary Stents. <https://lownhospitalsindex.org/avoiding-coronary-stent-overuse/> [Internet]. Recuperado el 25 de agosto de 2024 de: <https://lownhospitalsindex.org/avoiding-coronary-stent-overuse/>

Luna Sánchez, A., Rodríguez Benjumeda, L. M., & Ortega Sánchez, P. C. (2013). Análisis de un brote de sarampión en una barriada de la provincia de Sevilla, España. *Revista Española de Salud Pública*, 87, 257-266. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272013000300005>

Malhotra, A. (2013). Too much angioplasty. *BMJ*, 347. <https://doi.org/10.1136/bmj.f5741>

McCarthy, C. P., Wasfy, J. H., & Januzzi, J. L. (2024). Is Myocardial Infarction Overdiagnosed? *JAMA*, 331(19):1623-1624. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.5235>

McDermott, M., Kimenai, D. M., Anand, A., Huang, Z., Houston, A., Williams, S., ... & Mills, N. L. (2024). Adoption of high-sensitivity cardiac troponin for risk stratification of patients with suspected myocardial infarction: a multicentre cohort study. *The Lancet Regional Health–Europe*, 43. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100960>

Mold, J. W., & Stein, H. F. (1986). The cascade effect in the clinical care of patients. *New England Journal of Medicine*, 314(8), 512-514. doi: 10.1056/NEJM198602203140809

Nielsen, J. B., Kristiansen, I. S., & Thapa, S. (2024). Increasing melanoma incidence with unchanged mortality: more sunshine, better treatment, increased diagnostic activity, overdiagnosis or lowered diagnostic threshold? *British Journal of Dermatology*, 191(3):365-374 <https://doi.org/10.1093/bjd/bjae175>

Parish, E., Bloom, T., & Godlee, F. (2015). Statins for people at low risk. *BMJ*. Jul 21;351:h3908. <https://doi.org/10.1136/bmj.h3908>

Rosenberg, C. E. (2002). The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *The Milbank Quarterly*, 80(2), 237-260. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.t01-1-00003>

Shah, A. S., Sandoval, Y., Noaman, A., Sexton, A., Vaswani, A., Smith, S. W., ... & Mills, N. L. (2017). Patient selection for high sensitivity cardiac troponin testing and diagnosis of myocardial infarction: prospective cohort study. *BMJ*, 359:j4788. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4788>

Shuman, A. G. (2018). The Evolving Nomenclature of Thyroid Cancer: What's in a Name? *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 144(10), 874-875. doi:10.1001/jamaoto.2018.1271

Tudor Hart, J. (1971). The Inverse Care Law. *Lancet*;i:405-12. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X)

Turabián, J. L., & Pérez Franco, B. (2014). Reflexiones sobre el presente y el futuro de la medicina de familia. *Gaceta Sanitaria*, 28, 259-259. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.08.003>

Welch, H. G., & Fisher, E. S. (2017). Income and cancer overdiagnosis—when too much care is harmful. *New England Journal of Medicine*, 376(23), 2208-2209. doi: 10.1056/NEJMmp1615069