

## Odisea en Atención Primaria: ¿qué galaxia es nuestro destino?

SoMaMfyC. 3 de octubre de 2023

Para afrontar este tema es necesario hacer una reflexión desde la galaxia de la que venimos a la galaxia en la que nos encontramos, desde una visión mundial a la visión más cercana europea y más concreta en nuestro país.

- La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) celebrada en Alma Ata en septiembre de 1978, promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)<sup>2</sup> y a la que asistieron representantes de 134 gobiernos puso las bases para la creación y el desarrollo de la Atención primaria sobre la base de que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» y afirma que «la salud es un derecho humano fundamental»<sup>(1)</sup>.
- LA OMS continúa recomendando fortalecer la Atención primaria a nivel mundial y aporta datos en los que invertir en AP en países de ingresos bajos y medios podría **salvar 60 millones de vidas** y alargar la esperanza de vida en más de 3 años hasta el 2030.<sup>(2)</sup>

Sin embargo, en los países con un desarrollo avanzado de la Atención Primaria, estamos asistiendo a una crisis a nivel mundial de falta de profesionales, desgaste de estos y crisis de vocación en los médicos en formación.

En países como Canadá<sup>(3,4)</sup>, EEUU y Gran Bretaña sufren un grave problema de accesibilidad de la población de los servicios primarios por falta de profesionales y los colegios profesionales están haciendo campañas para atraer a los/as médicos a la AP y concienciar a los responsables políticos para poner en marcha cambios estructurales (desburocratización, mejoras salariales, mejorar la relación interprofesional ...) En EEUU <sup>(5)</sup> la Academia americana de médicos de familia reflexiona sobre los motivos de la desmotivación de los médicos y médicas y entre otros motivos encuentran la falta de registros informáticos (que en España afortunadamente, lo tenemos resuelto) y la percepción del profesional de su capacidad para dar al paciente una asistencia de alta calidad.

La atención de la medicina de atención primaria está relacionada con la mejoría de la esperanza de vida, menos ingresos hospitalarios y menor mortalidad especialmente en mayores de 40 años <sup>(6-7)</sup>, mejoría de la salud de los pacientes crónicos <sup>(8)</sup> y de la salud materno infantil <sup>(9)</sup>.

Una revisión sistemática sin metaanálisis, reveló que la atención continuada por parte de un médico de atención primaria está relacionada con una disminución de mortalidad--- **longitudinalidad** <sup>(10)</sup>.

En 2009 un estudio mostró la denominada **paradoja de la atención primaria**, comparada con la atención de pacientes por parte de especialistas hospitalarios y concluyó que la atención en AP era aparentemente de peor calidad para enfermedades individuales o concretas, pero el estado de salud fue similar a menor costo para personas con enfermedades crónicas, y de mejor calidad, mejor salud, mayor equidad a menor costo para personas y poblaciones en su conjunto. <sup>(11)</sup>

La visión del médico de familia:

Atendemos a pacientes a lo largo de su vida, cada vez más complejos, con pluripatologías y procesos crónicos, pacientes en cuidados paliativos desde una visión cercana, centrada en el paciente y conociendo su entorno y sus valores que afectan a su proceso y con una formación de 4 años de especialidad que nos capacita para hacer una orientación diagnóstica y terapéutica de alto nivel. En el medio rural, en los que los pacientes no quieren ingresos hospitalarios, usamos infusores de furosemida mejora las descompensaciones y evita ingresos (proyecto de R4)

En España disponemos de un sistema sanitario con 17 formas diferentes de gestionar la atención primaria con diferente autonomía y capacidad diagnóstica para el médico de familia.

- En Osakidetza, estamos desburocratizando las consultas, haciendo que los especialistas hospitalarios asuman su propia burocracia (prescripciones nuevas y revisión de prescripciones crónicas si los siguen ellos, volantes de ambulancia, informes prerredactados, etc) cuando falla escribimos un parte que a través de dirección de integración les hacen llegar a los jefes de servicio correspondiente y poco a poco... va calando.
- Tenemos capacidad para solicitar RM cerebral, de columna, Tac cerebral, radiología intervencionista (infiltración con control ecográfico etc)

Deberíamos coger lo mejor de cada sistema sanitario y presionar para que se unifique a nivel nacional porque, **la equidad**, esa palabra que tanto gusta en política, también significa igualdad de oportunidades para los pacientes, independientemente de dónde residan.

En mi centro, desde septiembre hemos puesto en marcha un estudio, apoyado desde dirección, en el que dedicamos media mañana, un día a la semana, a los pacientes crónicos complejos, tanto medicina como enfermería, con el objetivo no sólo de mejorar los indicadores de salud de los pacientes (menos ingresos, menos consultas en urgencia, mejor control etc) sino también el objetivo de mejorar la satisfacción de los profesionales porque podremos dedicar más tiempo al estudio, investigación, docencia de residentes.

**Los cambios y las propuestas deben partir de los profesionales que formamos parte de ella**, lideradas por cada uno de nosotros o por las sociedades científicas como está haciendo la Semfyc con todas sus sociedades federadas o foros en defensa de la Atención primaria. Es una especialidad apasionante y debemos hacer llegar nuestra vocación y convicción a las nuevas generaciones de médicos/as.

Si no lo hacemos nosotros ya conocemos el destino... el desprestigio de la Atención Primaria aceptando cubrir las vacantes con cualquier profesional médico extracomunitario sin especialidad ni los requisitos exigibles para mantener el alto nivel de exigencia que corresponde a un especialista en medicina familiar y comunitaria.

## Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Alma Ata 1978. Atención Primaria de salud. Disponible en:  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=B34BC88841138F5A128C8A7687F8235A?sequence=1>

2. OMS: [Atención primaria de salud \(who.int\)](https://www.who.int)
3. [Crisis in Family Medicine | The College of Family Physicians of Canada \(cfpc.ca\)](https://www.cfpc.ca)
4. [Family physicians: at the front of the line of primary care in Canada \(cfpc.ca\)](https://www.cfpc.ca)
5. American Academy of Primary physicians: [Family Physician Burnout, Well-Being, and Professional Satisfaction \(Position Paper\) | AAFP](https://www.aafp.org)
6. Gong G, Phillips SG, Hudson C, Curti D, Philips BU. Higher US rural mortality rates linked to socioeconomic status, physician shortages, and lack of health insurance. *Health Aff (Millwood)*. 2019;38(12):2003-2010.
7. Nikoloski Z, Albala S, Montero AM, Mossailos E. The impact of primary health care and specialist physician supply on amenable mortality in Mexico (2000–2015): Panel data analysis using system-Generalized Method of Moments. *Soc Sci Med*. 2021;278:113937.
8. Piérard E. The effect of physician supply on health status: Canadian evidence. *Health Policy*. 2014;118(1):56-65.
9. Zhou M, Zhang L, Hu N, Kuang L. Association of primary care physician supply with maternal and child health in China: a national panel dataset, 2012-2017. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1093.
10. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, et al. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* 2018;8:e021161. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021161
11. Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. *Ann Fam Med*. 2009 Jul-Aug;7(4):293-9. doi: 10.1370/afm.1023. PMID: 19597165; PMCID: PMC2713149.