



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap


ARTICULO ESPECIAL

REMANDO A CONTRACORRIENTE^{☆,☆☆}

Gisela Galindo Ortego^{*,1}, Remedios Martin Alvarez², Susana Aldecoa Landesa³,
Paula Chao Escuer⁴, Laura Carbajo Martin⁵, Maria del Campo Gimenez⁶,
Miguel Angel Hernandez Rodriguez⁷, Ignecio Parraga Martinez⁸,
Juan Antonio Lopez-Rodriguez⁹, Jose Luis Hernandez Galan¹⁰,
Beatriz Gutierrez Muñoz¹¹, Carmen Lázaro de Juan¹² y Paula Bellido Izquierdo¹²

Junta Permanente, Secciones y Vocalía de residentes de la Junta Permanente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)

¹Vicepresidenta semFYC, ²Presidenta semFYC, ³Vicepresidenta semFYC, ⁴Vicepresidenta semFYC, ⁵Secretaria semFYC,

⁶Vicesecretaria semFYC, ⁷Tesorero semFYC, ⁸Vocal de investigación, ⁹Vocal de formación e internacional, ¹⁰Vocal de innovación,

¹¹Vocal de Jóvenes Médicos de Familia, ¹²Vocales de residentes.

Recibido el 13 de marzo de 2023; aceptado el 13 de marzo de 2023

PALABRAS CLAVE

Determinantes de la salud;
Atención Primaria;
Estilo de vida;
Factores socioeconómicos y políticos

Resumen Desde el informe Lalonde sabemos que los determinantes que más influyen en la Salud de la población son el estilo de vida, la genética y el entorno. La sanidad representa solo el 10% y es el determinante que más recursos consume. Está demostrado que un enfoque salutogénico centrado en los determinantes sociales de la salud y el apoyo de políticas públicas para mejorar el entorno, son más eficientes a largo plazo que la medicina centrada en los hospitales, la tecnología y la superespecialización. La Atención Primaria (AP) que tiene un enfoque centrado en la persona y las familias con una visión comunitaria, es el nivel idóneo para proveer atención sanitaria, y para influir en los estilos de vida. Sin embargo no se invierte en AP. En este artículo revisamos los condicionantes socioeconómicos y políticos que influyen de manera global en la falta de interés en el desarrollo de la AP.

© 2023 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

[☆] La Atención Primaria es probablemente la disciplina médica que recibe más manifiestos, propuestas de cambio, apoyos políticos y consideración sin que apenas hayan contribuido en nada a la práctica diaria de la Medicina de Familia y, por tanto, a la Atención Primaria.

^{☆☆} Richard Horton, editor de Lancet.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ggalindoo@semfyc.es (G.G. Ortego).

KEYWORDS

Health Determinants;
Primary Care;
Lifestyle;
Socioeconomic and
political factors

ROWING AGAINST THE CURRENT

Abstract Since Lalonde's report we know that the most important health determinants are lifestyles, genetics and environment. Health is only responsible of 10% of them but it requires the largest resource expenditure. It is well known that a healthcare approach centered in social health determinants along with public policies to improve environment are more efficient in the long term than a healthcare system focused in hospitals, technologies and superespecialization. Primary care, which focuses in people and families with a community point of view, is the best level to provide health care and to influence life style changes. Indeed, primary care investments are sparse. In this paper we review socioeconomic and political issues that affect the lack of interest in primary care development.

© 2023 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

En septiembre de 2015 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó un conjunto de metas mundiales (los Objetivos de Desarrollo Sostenible, ODS) con el fin de orientar los esfuerzos globales para erradicar la pobreza, promover la prosperidad inclusiva y garantizar un planeta saludable para 2030¹. Para conseguirlo, se proponía “avanzar, hacia la prestación de cuidados universales en salud sin sufrir dificultades financieras”, como defendía “The economists Declaration on Universal Health Coverage”², convocada por la fundación Rockefeller y que firmaron 360 economistas de 53 países. En esta se instaba a los líderes a priorizar las inversiones necesarias para lograr la cobertura médica universal. El diario The Guardian³ ensalzaba la asistencia sanitaria universal entendiendo que no solo mejora la salud de las personas, sino que también se relaciona fuertemente con la economía y propone que un sistema de cobertura universal puede centrarse en la AP, vitalmente necesaria y a menudo ignorada, y más económica al proporcionar una atención temprana. En ausencia de cobertura se desarrollan las enfermedades y va a ser mucho más costoso el tratamiento.

Nosotros, conocedores de las bondades de la AP, ya sabíamos que es la mejor vía para lograr una asistencia sanitaria universal, sostenible, equitativa y costo-efectiva. No vamos a extendernos aquí en recoger la evidencia científica existente, por todos nosotros conocida, a favor de los beneficios en salud de la AP cuando hasta el Banco Mundial, tradicionalmente no muy alineado con enfoques centrados en la APS, emitió un informe en 2021 que defendía la necesidad de financiar la AP de manera prioritaria y el trabajo en equipos multidisciplinares⁴.

En un mundo globalizado, al que nos ha llevado un modelo económico y de consumo que primando las necesidades individuales sobre las colectivas ha desembocado en un aumento de las desigualdades, no deja de llamar la atención que los abanderados de la economía mundial, estén unidos para defender la cobertura médica universal. No es una paradoja que los mismos organismos que fomentan una economía extractiva, generadora de un aumento de estas desigualdades, que crea mucha riqueza para muy pocos a cambio de pobreza para muchos, aboguen por que los gobiernos inviertan de forma prioritaria en la cobertura sanitaria universal. A la vez que los gobiernos disminuyen los impuestos a las grandes fortunas, agradecen que personas inmensamente ricas

—miembros de ese exclusivo club del 1% de la población mundial que acapara el 63% de la riqueza y que, con sede tributaria en paraísos fiscales, apenas pagan impuestos⁵— donen a causas nobles a través de sus fundaciones. Es lo que se conoce como el *filantrocapitalismo*.

A-E Birn, profesora e investigadora de la Escuela Dalla Lana, de Salud Pública de la Universidad de Toronto, en su artículo sobre el pasado y presente del filantrocapitalismo⁶, planteaba que éste estaba desplazando a la OMS como actor fundamental en la salud pública internacional, lo que favorecía que sean las organizaciones privadas o público-privadas las que marquen las prioridades en salud. Estas organizaciones, con evidentes conflictos de intereses y que no rinden cuentas a la sociedad, influyen en que se prioricen intervenciones a corto plazo, basadas en los intereses del mercado que ofrecen soluciones tecnológicas, en lugar del enfoque de determinantes sociales de la salud y del apoyo de políticas públicas que son más eficientes a largo plazo⁶.

Se acabó el año 2022, año post pandemia y seguimos asistiendo al progresivo deterioro de la Atención Primaria, llegando a percibir incluso cierto desmantelamiento. Los políticos hablan de las bondades de la Atención Primaria (AP) y de la necesidad de más AP para la sostenibilidad del sistema sin que se plasme en acciones que demuestren su reconocimiento y aprecio.

Hay planes de acción escritos y publicados como, por ejemplo, el último “El plan de acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023”⁷, que se acompañan de dotaciones simbólicas y cortoplacistas que no cubren las necesidades fundamentales, y absolutamente insuficientes para el tan necesario cambio de modelo. Dotaciones que no se consolidan y presupuestos que no siempre se ejecutan.

El papel todo lo aguanta y la realidad tozudamente nos muestra que **la Atención Primaria, no es la atención de quien toma las decisiones en Sanidad**. Los políticos del Estado Español están cubiertos por un sistema sanitario privado (Muface) —a diferencia del ciudadano común— de financiación pública. La mayor parte de los funcionarios de la Administración del Estado, enseñanza, cuerpos de seguridad y de la judicatura gozan de una cobertura sanitaria diferente al resto de los ciudadanos (Muface, Mujeju, ISFAS). Algo está pasando cuando los trabajadores de las administraciones públicas, inexplicablemente y de manera contradictoria, no son atendidos por su propio sistema sanitario.

En los informativos en TV no se habla de las virtudes de la AP y tampoco en la prensa tradicional. En cambio, se suele informar sobre técnicas en experimentación, aún sin evidencia científica, que pueden beneficiar a un porcentaje bajo de la población y crean expectativas infundadas en la tecnología (son ejemplos: el tratamiento de un dolor insoportable con una cirugía pionera en el cerebro que interviniendo sobre la parte emocional mediante neuroestimulación se espera que, aunque el dolor sea igual, el paciente lo gestione de manera diferente; una prueba en ratas de un esperanzador tratamiento para el cáncer metastásico; un fármaco que reduce la obesidad, aunque está indicado para la diabetes, lo que genera un desabastecimiento de dicho fármaco y deja de estar accesible para diabético; una joven cambia su estilo de vida, come sano y corre medias maratones, después de someterse a cirugía bariátrica. . .).

No es vox pópuli, ni los medios explican suficientemente los beneficios que representan los cambios de estilos de vida o de la longitudinalidad con el mismo médico de familia, que reduce la mortalidad hasta un 30%⁸. Si un nuevo fármaco, técnica quirúrgica o artículo de compra-venta consiguiera semejante reducción de la mortalidad, se sabría hasta en el último confín de la galaxia.

Cuando se habla de la AP en los medios es para dar malas noticias; de un lugar masificado, con colas, sin citas. . . donde te atienden en pocos minutos, a donde se va a hacer recetas, informes y pedir la baja. Esta imagen, al repetirse en el tiempo acaba condicionando un ideario colectivo que influye en el prestigio de la AP, un prestigio cada vez más empañado, y fomenta la opinión pública de que no presta la atención esperada⁹. La puntuación de la AP, según el barómetro sanitario del CIS¹⁰, ha ido en descenso, de 7,29 en 2019 a 6,23 en 2022, mientras la atención recibida por las enfermeras y los médicos se mantienen en cifras rozando el 8.

En el prestigio también influye la capacidad de investigación y docencia, tareas arduas cuando la presión asistencial se come el tiempo y no existen departamentos universitarios de medicina de familia pasados los 40 años de su instauración como especialidad.

Kerr L White, creador del modelo ecológico del cuidado de la salud y del concepto "atención primaria" dijo que "enseñar medicina solo desde el hospital, es como enseñar Zoología solo desde el zoológico".

Y ¿A dónde nos ha llevado todo esto? Los estudiantes de secundaria se esfuerzan para poder estudiar medicina y los estudiantes de medicina, lo hacen por no elegir medicina de familia (MdF). Los residentes de MdF triplican sus renuncias en los últimos años¹¹ y las renuncias son cinco veces superiores a la siguiente especialidad con más renuncias¹². La duda es si lo hacen porqué solo conocen el zoológico o por la percepción de dureza de la actividad en la AP en sus rotaciones, sin que se les haya formado en las invisibles bondades de la prevención y la promoción de la salud y si en la visibilidad del intervencionismo.

Las paradojas de la evidencia abrumadora en resultados en salud frente la falta de prestigio social de la MdF, de lo socialmente necesario frente a lo individualmente deseable, representan contradicciones de un sector apreciado y apoyado por la ciudadanía por un lado y la escasa atención prestada por los responsables políticos por otro.

La visión de la medicina centrada en la tecnología y la enfermedad, la visión hospitalocéntrica, sigue estando

vigente por encima de la medicina centrada en la persona y los determinantes sociales. Los intereses de las élites mundiales ignoran las causas subyacentes debajo de la mala salud de las poblaciones y obvian el papel que juega la acumulación sin precedentes de riqueza en manos de unos pocos. Los intereses comerciales están capturando la salud mundial y la mayoría de las asociaciones público-privadas, canalizan el dinero público hacia el sector privado, y no al revés⁶. Y se sigue abundando en esta línea, a pesar de que haya estudios que muestran mayores tasas de mortalidad evitable en el NHS Británico, al subcontratar con proveedores con fines de lucro¹³.

En resumen, la política "global" apoya con palabras, declaraciones y manifiestos una acción que tiene beneficios demostrados para la población mundial mientras los intereses económicos mundiales, que deciden la agenda de la salud global, van por otros derroteros, convirtiéndolas en declaraciones de intenciones que no se acompañan de inversiones, investigación ni presupuesto.

En cuanto a las políticas "locales", la AP es la gran desconocida de los que toman las decisiones en sanidad, por lo que tampoco demuestran las buenas intenciones en los presupuestos.

Llegados a este punto, podemos ser pesimistas y pensar que tal y como está el mundo hagamos lo que hagamos irá mal, o ser optimistas y pensar que el mundo va a ir bien hagamos lo que hagamos. Tanto en un caso como en el otro no vamos a hacer nada.

Nuestra opción será el camino del medio: proponer proyectos de mejora, hablar con los políticos, trabajar por el desarrollo de la atención primaria y la medicina de familia y comunitaria, insistir en la necesidad de enseñar sus beneficios desde la universidad, en nuestro país con todas las sociedades federadas, en Iberoamérica dentro de CIMF y en el mundo participando en WONCA.

En cuanto a la política es necesaria una reflexión global como país de la necesidad de abordar la mirada salutogénica desde la infancia, de manera que se eduque a las próximas generaciones en hábitos saludables, en cuidados y en la protección del planeta. La escuela ha de ser el entorno idóneo para desarrollarlo. Es imprescindible instaurar la asignatura curricular de educación para la salud con una visión que integre la salud individual, comunitaria, planetaria, así como el uso racional de los servicios sanitarios.

Como sociedad científica de médicos de familia vamos a seguir remando aunque sea a contracorriente y vamos a seguir remando juntos. Arraun!

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores manifiestan no tener conflictos de intereses

Bibliografía

1. Objetivos y metas de [Internet]. Desarrollo Sostenible. 2018 [cited 2023 Jan 18]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/>.
2. Summers LH, 267 signatories. Economists' declaration on universal health coverage. Lancet [Internet]. 2015 [cited 2023 Jan 18];386(10008):2112-3. Available from:

- [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00242-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00242-1/fulltext).
3. Sen A. Universal healthcare: the affordable dream. *The guardian* [Internet]. 2015 Jan 6 [cited 2023 Jan 18]; Available from: <https://www.theguardian.com/society/2015/jan/06/sp-universal-healthcare-the-affordable-dream-amartya-sen>.
4. Cobertura universal de salud: Panorama general [Internet]. World Bank. [cited 2023 Jan 18]. Available from: <https://www.bancomundial.org/es/topic/universalhealthcoverage>.
5. Romero J. El 1% más rico acumula el 63% de la riqueza producida en el mundo desde. 2020 [Internet]. Oxfamintermon.org. [cited 2023 Jan 21] Available from: <https://www.oxfamintermon.org/es/nota-de-prensa/el-1-mas-rico-acumula-63-riqueza-mundial>.
6. Birn A-E. Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/global health agenda. *Hypothesis* (Tor) [Internet]. 2014;12 [cited 2023 Jan 21]. Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/181d48165f9130358-d11580513b2eb7891e978da>.
7. Gob.es. 2022 [cited 2023 Jan 21]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/-Plan_de_Accion_de_Atencion Primaria.pdf.
8. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. 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* [Internet]. 2022;72:e84-90 [cited 2023 Jan 21]. Available from: <https://doi.org/10.3399/BJGP;1; 2021.0340>.
9. Encuesta de OCU sobre atención primaria: el 44% no ha recibido la atención médica que necesitaba # [Internet]. Ocu.org. [cited 2023 Jan 21]. Available from: <https://www.ocu.org/organizacion/prensa/notas-de-prensa/2022/encuestamedicopaciente090222>.
10. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Opinión de los ciudadanos. Barómetro Sanitario [Internet]. Gob.es. [cited 2023 Jan 21]. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home.BS.htm>.
11. Uhrig A. Recirculantes en el MIR: en solo un año, se triplican las renunciaciones a plazas de Medicina de Familia [Internet]. ConSalud.es. 2022 [cited 2023 Mar 10]. Available from: https://www.consalud.es/especial-mir/recirculantes-especialidades-mir-renunciaciones-plazas-medicina-familia_124083_102.html.
12. Echavarría AP. Las renunciaciones de los MIR a Medicina Familiar son cinco veces superiores a la siguiente especialidad [Internet]. ConSalud.es. 2023 [cited 2023 Mar 10]. Available from: https://www.consalud.es/especial-mir/renunciaciones-mir-atencion-primaria-son-5-veces-superiores-siguiente-especialidad_126443_102.html.
13. Goodair B, Reeves A. Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013-20: an observational study of NHS privatisation. *Lancet Public Health* [Internet]. 2022;7:e638-46 [cited 2023 Feb 20]. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(22\)00133-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(22)00133-5/fulltext).