



## EDITORIAL semFYC

## Atención Primaria y Prevención: ¿Dilema o sinergia?

## Primary Care and Prevention: Dilemma or synergy?"



Estas últimas semanas el artículo "*Sacrificing patient care for prevention: distortion of the role of general practice*" publicado en BMJ<sup>1</sup> ha tenido una gran difusión, siendo recogido por blogs muy consultados en la medicina de familia y la Atención Primaria (AP) en España<sup>2 3</sup>.

El artículo argumenta que la expansión de las recomendaciones de prevención clínica en AP ha tenido consecuencias no deseadas, desestabilizando el sistema de salud y desviando a los/as médicos/as de familia de su papel fundamental: el cuidado de las personas enfermas. Los autores proponen que la responsabilidad de la prevención primaria debería recaer más en la salud pública que en la AP. Aludiendo a que la expansión de las actividades preventivas ha llevado a que se requiera tiempo y recursos desproporcionados sin un beneficio clínico claro. Según afirman, para seguir todas las recomendaciones de prevención, un/a médico/a de AP en USA necesitaría 27 horas de trabajo al día, y más del 50% de este tiempo estaría dedicado a intervenciones preventivas.

Desde el grupo de Educación sanitaria y promoción de la Salud del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de semFYC hemos reflexionado sobre el planteamiento de los autores y sobre la aplicabilidad o no de sus propuestas para nuestra realidad.

Estamos de acuerdo con la necesidad de priorizar las actividades basadas en la evidencia en todos los campos de la actuación de la AP y la necesidad de valorar el tiempo necesario para aplicarlas y el coste oportunidad. Vivimos también la sobrecarga asistencial y de las demandas de una población cada vez más envejecida, con más problemas de salud crónicos, más diversa y con más problemática social. Compartimos la importancia de pensar en toda la población asignada y no sólo en los que acuden a la consulta (muchas veces de forma repetida y siguiendo una ley de cuidados inversos) y la necesidad de actuaciones "río arriba" ("upstream") sobre los determinantes más estructurales y sociales de la salud, etc. y que estas estén lideradas por la salud pública en el marco de estrategias de salud en todas las políticas. Estamos de acuerdo en la importancia de la

longitudinalidad como característica esencial y única de la AP, y la necesidad de tener tiempo en los centros, para hacer un buen diagnóstico y una buena atención a los principales problemas de salud en la población.

Por otro lado, hay aspectos que consideramos que deben tenerse en cuenta y en los que diferimos en mayor o menor medida de los planteamientos expresados. El cuidado holístico de la persona propio de la AP incluye, para nosotros, la valoración del estilo de vida, ya que es determinante para la aparición y la evolución de las enfermedades crónicas que no sólo condicionan la duración de vida de las personas, sino también y mucho, la calidad de esa vida. Modificar estos factores es la única manera de modificar la historia natural de algunas enfermedades. Un porcentaje importante de la población tiene factores de riesgo o conductas que quiere cambiar o que querría cambiar si un profesional sanitario se lo aconsejara y se ofreciera a ayudarlo y tiene que encontrar ayuda en el primer nivel asistencial.

Siguiendo a Frieden<sup>4</sup>, se puede describir el impacto sobre la salud de los diferentes tipos de intervenciones de salud pública y del sistema sanitario asistencial, utilizando una pirámide de 5 niveles. La implementación de intervenciones en cada uno de los niveles puede lograr el máximo beneficio sostenido posible para la salud pública. Las acciones sobre los niveles más bajos son normalmente acciones de Salud en todas las políticas, y muchas veces dependen de otras administraciones. En niveles superiores hay intervenciones preventivas como los cribados de cáncer o los cribados pre y neonatales, etc., que tiene todo el sentido que se hagan poblacionalmente lideradas desde salud pública. Pero hay un tipo de actividades de prevención clínica para las que la AP es indispensable y desempeña un papel fundamental, como referente para la salud y por su longitudinalidad y visión holística de la persona y de su entorno, incluyendo el trabajo comunitario. No se trata de elegir un tipo de actividades u otras, sino que son complementarias. El consejo para dejar de fumar desde la consulta tiene mucho mayor impacto en un país donde hay buenas leyes de prevención y control del tabaquismo, por ejemplo.

**Tabla 1** Mensajes clave sobre atención y prevención en atención primaria del grupo de educación sanitaria del PAPPS de esta editorial

## 1. Es necesario un equilibrio entre atención clínica y prevención en AP

- Es esencial priorizar las actividades basadas en la evidencia.
- La sobrecarga asistencial y la complejidad de las personas deben considerarse al planificar las intervenciones preventivas.

## 2. El papel de la AP en la prevención clínica

- La longitudinalidad y el enfoque holístico permiten abordar determinantes de salud individuales.
- La prevención clínica (consejo sobre tabaco, alcohol, actividad física) es efectiva y coste-efectiva.

## 3. Complementariedad entre Salud Pública y Atención Primaria

- No se trata de elegir entre prevención clínica y salud pública, sino de integrarlas.
- Salud Pública debe liderar las políticas y estrategias de prevención, pero AP es clave en la intervención individual y comunitaria.
- Integrar en estas actividades preventivas a otros/as profesionales y entornos (TCAE, matronas, trabajo social sanitario, personal administrativo, farmacia y redes comunitarias)

## 4. La evidencia y el impacto de la prevención en la consulta

- Hay un cuerpo sólido de evidencia sobre la efectividad de ciertas intervenciones preventivas en AP.
- No realizarlas sería una mala práctica.
- Integrar en las agendas espacios para el evaluación y mejora continua (cómo en las otras actividades de AP).

## 5. El modelo del PAPPS como referencia

- Desde 1988, el PAPPS ofrece un modelo estructurado y basado en evidencia.
- Se enfoca en intervenciones oportunistas, sin chequeos, priorizando personalización y trabajo colaborativo en el marco de los equipos de atención primaria.

El artículo reconoce que hay un conjunto de actividades de prevención clínica con evidencia probada y, añadimos nosotros, no tiene justificación e incluso sería mala práctica dejarlas de hacer. Entre ella está el consejo y la ayuda para dejar de fumar<sup>5</sup> o reducir el consumo de alcohol<sup>6</sup> que tienen efectividad y coste efectividad probada desde hace décadas, también el consejo sobre actividad física cuenta con evidencia demostrada<sup>7,8,9</sup>.

Por otro lado, la realidad en España es muy diferente en algunos de los aspectos de los países donde trabajan los autores, por ejemplo nuestra organización se basa en equipos de atención primaria en que las enfermeras tienen un papel fundamental en prevención, el sistema público tiene una cobertura casi universal con especial penetrancia en los niveles socioeconómicos más bajos y actúa como un amortiguador para las desigualdades sociales en salud. Dejar la prevención sólo para los servicios de salud pública significaría renunciar a una parte importante de la función de AP<sup>10</sup>. Desde 1988 está en marcha el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de semFYC<sup>11</sup>, que tiene un paquete mínimo que incluye el consejo para dejar de fumar, reducir el consumo de alcohol y el control de la tensión arterial, intervenciones efectivas y coste efectivas. Establece una periodicidad de las recomendaciones cada 2 años para las personas sanas, y no propone chequeos. Se propone un abordaje integral, oportunista, en que siempre primero se atiende el motivo de visita y después se proponen los temas preventivos, personalizando el

consejo y priorizando las intervenciones breves y el trabajo colaborativo<sup>12</sup>.

Por tanto, el debate no debería ser si la AP debe hacer actividades de prevención, si no, como hacerla viable. Por ejemplo, como se ha comentado, con el apoyo de políticas que actúen sobre los determinantes estructurales de la salud y que faciliten que las elecciones más saludables sean las más fáciles de tomar, colaborando dentro del equipo de AP y con los recursos comunitarios y de otros niveles asistenciales en el desarrollo de las actividades e integrando en las agendas espacios para el evaluación y mejora continua de estas actividades. [tabla 1](#).

No conflictos de interés.

## Bibliografía

1. Martin SA, Johansson M, Heath I, Lehman R, Korownyk C. Sacrificing patient care for prevention: distortion of the role of general practice. *BMJ*. 2025;388:e080811, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj-2024-080811>. <https://www.bmj.com/content/388/BMJ-2024-080811> pmid: 39837625. Date Accessed: 2025-02-11.
2. <https://gerentedemediado.blogspot.com/2025/01/prevencion-y-promocion-o-atencion.html>. Date Accessed: 2025-02-11.
3. <https://saludineroap.blogspot.com/2025/01/sacrificar-la-atencion-al-paciente-en.html>. Date Accessed: 2025-02-11.
4. Frieden TR. A framework for public health action: the health impact pyramid. *Am J Public Health*. 2010 Apr;100:590-5, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.185652>. Epub 2010 Feb 18. PMID: 20167880; PMCID: PMC2836340.

5. Lindson N, Pritchard G, Hong B, Fanshawe TR, Pipe A, Papadakis S. Strategies to improve smoking cessation rates in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021;(9.), <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD011556.pub2>. Art. No.: CD011556. Accessed 11 February 2025.
6. Kaner EFS, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar E.D., Bertholet N, Daeppen JB, Saunders JB, Burnand B. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018;(2.), <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004148.pub4>. Art. No.: CD004148. Accessed 11 February 2025.
7. Kettle VE, Madigan CD, Coombe A, Graham H, Thomas JJC, Chalkley AE, Daley AJ. Effectiveness of physical activity interventions delivered or prompted by health professionals in primary care settings: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2022 Feb 23;376:e068465, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj-2021-068465>. PMID: 35197242; PMCID: PMC8864760.
8. Grandes G, Sanchez A, Sanchez-Pinilla RO, et al. Effectiveness of Physical Activity Advice and Prescription by Physicians in Routine Primary Care: A Cluster Randomized Trial. *Arch Intern Med*. 2009;169, <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2009.23>.
9. Weitzer J, Gonzalez-Viana A, Pérez-Hoyos S, Coma E, Mendez L, Violan M, Rubinat M, Cabezas C, PAFES Working Group. Evaluation of the Catalan Physical Activity, Sports and Health Plan: a nested case-control study. *Eur J Public Health*. 2020 Dec 11;30:1084-90, <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckaa090>. PMID: 32594111.
10. Salisbury H. Helen Salisbury: Preventing ill health requires investment. *BMJ*. 2025;388:r232, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.r232> pmid:39904528. <https://www.bmj.com/content/388/bmj.r232>.
11. Córdoba García R, Camarelles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, San José Arango JJ, Ramírez Manent JL, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2024, *Aten Primaria*. 2024;56(Sup. 1):103133, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103133>, 0212-6567, Date Accessed: 2025-02-11.
12. López A. ¿A quién le importa la prevención? *Aten Primaria*. 2024;56(Sup.1):103124, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103124>. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103124>. Date Accessed: 2025-02-11.

Carmen Cabezas\*, Francisco Camarelles, Rodrigo Córdoba, Asensio López y Grupo de Educación Sanitaria y promoción de la Salud

\*Correspondencia:  
Correo electrónico: [carmen.cabezas2@gmail.com](mailto:carmen.cabezas2@gmail.com)  
(C. Cabezas).