



## Artículo especial

## Propuestas para salir de la crisis

Joan Gené-Badia\*

EAP Casanova, ICS, CAPSBE, Barcelona, España



## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 13 de octubre de 2022

Aceptado el 19 de octubre de 2022

## Palabras clave:

Atención primaria

Gestión

Innovación

Atención comunitaria

Universidad

## RESUMEN

La crisis de nuestra atención primaria de salud se manifiesta en las encuestas de satisfacción de los usuarios y en el desánimo de los profesionales. Gobierno, sociedades científicas y sindicatos han elaborado numerosos documentos con propuestas para salir de la crisis, pero muy pocas han acabado aplicándose o han producido un cambio significativo. La crisis es inherente al ámbito de atención primaria, dado que la atención centrada en la persona y la intervención sobre los condicionantes de salud de la población no están alineadas con la medicalización creciente de un sistema sanitario orientado a la atención de problemas. Las propuestas van en la línea de: la integración de servicios para hacer frente al creciente aumento de las enfermedades crónicas y la comorbilidad; el paso de un liderazgo de control y mando a un liderazgo compartido; las innovaciones encaminadas a paliar la escasez de médicos de familia, incluyendo el aumento de las competencias de los otros miembros del equipo y la incorporación de nuevas profesiones; las innovaciones organizativas que mejoren la accesibilidad, pero aumentado al mismo tiempo la continuidad; el uso racional de la telemedicina; la modificación del currículum de grado para finalmente introducir la disciplina de la Medicina de Familia; y la generalización de los proyectos locales exitosos de atención comunitaria. La futura crisis económica, la escasez de profesionales y el progresivo envejecimiento de la población podrían propiciar que finalmente se apliquen paulatinamente algunas de estas propuestas ya que no es esperable que se produzca una reforma radical.

© 2022 The Author. 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/>).

## Proposals to leave the crisis

## ABSTRACT

Primary health care crisis is shown in user satisfaction surveys and in the discouragement of professionals. Government, scientific societies, and unions have drawn up numerous documents with proposals to get out of the crisis, but very few have been applied or ended up with a significant change. The crisis is inherent to the primary care discipline because person centered care and population health condition interventions are not aligned with the growing medicalization of a health system focused on health problems care. The proposals are along the following lines: the integration of services in order to deal with the growing increase in chronic pathologies and comorbidity; the transition from control and command leadership to shared leadership; innovations aimed at easing the shortage of family doctors, including increasing other team members and the incorporation of new professions; organizational innovations aimed to improve accessibility, but at the same time increase continuity; the rational use of telemedicine; the modification of the undergraduate curriculum to finally include the discipline of family medicine; and the generalization of successful local community care projects. The future economic crisis, the shortage of professionals and the growing population aging could lead to the gradual application of some of these proposals, since it is not expected that a radical reform will take place.

© 2022 The Author. Published by Elsevier Ltd. This is an open access article under the license CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Keywords:

Primary care

Management

Innovation

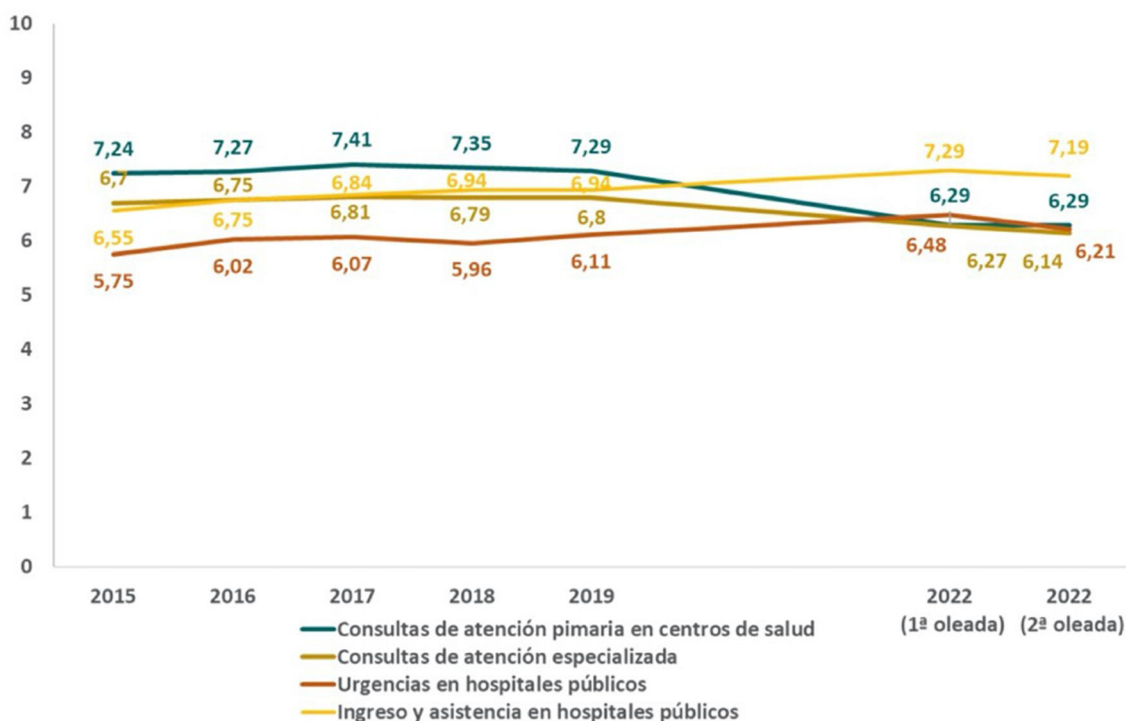
Community care

University

La pandemia por COVID-19 ha precipitado una crisis que se venía gestando desde que no se atendieron las demandas que los médicos

expresaron en las huelgas de 2018. Los transitorios aumentos de presupuesto y de plantilla, la incorporación de nuevos perfiles profesionales, la tímida introducción de la prescripción enfermera, la ampliación de las competencias del personal administrativo, las simplificaciones burocráticas del proceso de baja laboral, la creación

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [jgene@clinic.cat](mailto:jgene@clinic.cat).



**Figura 1.** Valoración media de los diferentes servicios sanitarios públicos. Población general de 18 y más años ( $n = 2.584$ )<sup>1</sup>.

de servicios específicos de atención aguda o domiciliaria y el desarrollo de la telemedicina no han contenido el desánimo creciente de la población y de los profesionales. La población, que valoraba este ámbito asistencial por encima de todos los otros, a excepción del ingreso hospitalario, está bajando su nivel de satisfacción, especialmente durante este último año. El último Barómetro sanitario<sup>1</sup> la equipara prácticamente a la de las tradicionalmente poco valoradas consultas de especialidades (fig. 1). Aumenta el número de médicos de familia que abandonan su profesión: hay centros de salud que no encuentran médicos para cubrir sus vacantes y los jóvenes graduados prefieren cursar la residencia de otras especialidades a pesar de que se ha llegado a incentivar económicamente la elección de medicina de familia y comunitaria en la formación MIR.

### Muchos documentos y pocas acciones

No podemos achacar a la administración sanitaria, sociedades científicas y sindicatos, la falta de reuniones destinadas a debatir la búsqueda de soluciones. Estas discusiones, que se producen habitualmente entre reconocidos expertos sobre el tema con la ausencia notable de los pacientes y sus representantes, han aportado sesudos documentos. Destaca el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria<sup>2</sup> del Ministerio de Sanidad junto a otros documentos autonómicos como el ENAPISC catalán<sup>3</sup>, así como la solicitud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria de que se apruebe una ley para blindar la atención primaria<sup>4</sup> y el documento que elaboraron para cuantificar de forma detallada del incremento presupuestario necesario para ofrecer un servicio de calidad<sup>5</sup>. En el ámbito autonómico también se han publicado propuestas como las de la Sociedad Catalana<sup>6,7</sup>. Las iniciativas de la administración proponen actuaciones para conseguir fines tan nobles como la reducción de las desigualdades, la promoción de las actividades preventivas o la atención comunitaria, mientras que las demandas profesionales, como en otros países<sup>8</sup>, están más orientadas a mejorar el presupuesto, la plantilla, las

condiciones laborales y la organización del trabajo. Todos estos documentos muestran que en nuestro país somos mejores oradores y redactores que ejecutores. Pocas de estas iniciativas se han plasmado en cambios efectivos sobre la prestación de servicios de atención primaria.

### El binomio atención primaria y crisis

Desde la consulta, este debate parece muy lejano y para muchos compañeros es algo totalmente desconocido. Los asistenciales percibimos que los equipos de atención primaria, que con tanta ilusión creamos en los 80, han ido asumiendo nuevas responsabilidades al tiempo que crecían en tecnología diagnóstica, de información y de comunicación, a expensas de soportar una presión creciente de la demanda y de una dirección, basada en el control y el mando, heredada de la antigua Seguridad Social franquista. Ciertamente la crisis de la atención primaria no es un fenómeno local, sino mundial. La sufren países con modelos sanitarios tan distintos como los Estados Unidos, donde decrecen los medios de familia a expensas de las otras especialidades, o el Reino Unido, que se esfuerza por atraerlos de otros países. Seguramente la crisis es inherente a la propia esencia de la atención primaria que al mismo tiempo es su fortaleza y su razón de ser. A menudo rema contra la corriente que marcan los diferentes intereses del sistema sanitario. El médico de familia consigue una gran confianza de la población porque a lo largo del tiempo forja un vínculo personal con cada paciente. Atiende demandas inclasificables en el ICD-10, sobre las que no existen protocolos específicos de actuación, al tiempo que soporta las quejas por las demoras y el mal funcionamiento del sistema sanitario, choca con las decisiones de los otros especialistas en su loable intento de desmedicalizar la atención en beneficio del paciente y se impone la dura tarea de promover estilos de vida saludables y modificar los condicionantes de salud de su comunidad. Todo ello con escaso reconocimiento académico, profesional y social. Pero estas circunstancias y dificultades no son excusa para que dejemos

de buscar y aplicar nuestras propias soluciones. La atención primaria de salud sigue siendo imprescindible para conseguir la mejora de la salud de la población<sup>9</sup>.

### Algunas propuestas

Sería una osadía por mi parte pretender aportar «la solución» a un problema tan complejo, pero sí que me atrevo a apuntar algunas directrices que promuevan un cambio que mejore la calidad de los servicios que presta la atención primaria de salud. Inevitablemente las propuestas deben contar con la evidencia suficiente sobre su capacidad para resolver los problemas que tenemos planteados, ser coherentes con la historia y los valores de nuestro sistema sanitario y aceptables tanto por la población como por los profesionales. Por este motivo, ambos colectivos deben participar activamente en la búsqueda de soluciones. Debemos abandonar el actual despotismo ilustrado que lo quiere todo para la población, pero sin la población.

Los cambios verdaderos deben impactar en la salud y no limitarse exclusivamente a mejorar la satisfacción o los flujos económicos, como ocurre en la mayoría de las acciones implantadas hasta la fecha. A continuación, presento algunas propuestas que también aparecen en muchos de los documentos citados:

- *La integración*: la reforma ha de enmarcarse en una política sanitaria global, coherente y centrada en el paciente, que afecte a todos los actores sociales y sanitarios, no solo a la atención primaria de salud, tal como han hecho otros países. No podemos seguir potenciando la fragmentación de un sistema sanitario orientado a buscar una recuperación idealista de la salud. El envejecimiento de la población obliga, como se lleva reclamando desde hace años, a centrar la atención en las personas con enfermedades crónicas y comorbilidad, ofreciendo un servicio integrado social y sanitario, dado que estos pacientes son los responsables de la mayor parte del gasto sanitario<sup>10,11</sup>. La reforma debería facilitar que los servicios de atención primaria asumieran el liderazgo de esta nueva política.
  - *El liderazgo*: la dirección basada en el control y el mando no facilita el cambio, más bien lo entorpece porque la imposición induce resistencias. El líder transformador no es aquel que aporta soluciones, sino el que confronta al grupo con sus problemas, provocando que la inteligencia colectiva encuentre la solución a su conflicto<sup>12</sup>. Los implicados en la búsqueda de la solución son más proclives a asumir los cambios acordados. Esta estrategia es válida tanto para fijar políticas estatales como para organizar un centro de salud. No existen soluciones universales. Hemos de aceptar que inevitablemente cada centro de salud ha de buscar sus propias respuestas.
  - *El personal*: es poco defendible argumentar que existe una falta de médicos, cuando la ratio de médicos por habitante en nuestro país supera con creces la media europea. Seguramente muchos facultativos no se encuentran en el lugar adecuado. Tal como indicaba el informe del Observatorio Europeo de Políticas de Salud de la OMS<sup>13</sup>, adolecemos de un exceso de estructura debido al carácter administrativista del sistema, así como por el pago por salario que permite abandonar la dureza de la consulta para asistir a interesantes reuniones sin percibir mermas económicas. En definitiva, es preciso eliminar los incentivos que favorecen esta huida de la labor asistencial para facilitar que vuelvan al núcleo de operaciones todos los que se han acomodado en la tecnoestructura y en la línea de mando sin aportar valor al sistema. También sería posible reciclar a los facultativos de otras especialidades como médicos de familia, si las condiciones de trabajo de los centros de salud fueran profesionalmente atractivas. Si estas no mejoran, entonces sí que acabaremos con una falta objetiva de médicos de atención primaria porque pasarán a otras especialidades o emigrarán a otros países. Por otro lado, hemos de ampliar las competencias del personal administrativo y de enfermería para que asuman actividades que hasta este momento son exclusivas de los médicos. Unas medidas que
- están aplicando con éxito otros países desarrollados con falta de facultativos<sup>14</sup>.
- *Accesibilidad/continuidad*: es fácil introducir mejoras en la accesibilidad, perjudicando la continuidad y a la inversa. Pero estas soluciones simples no suelen ser efectivas. La fortaleza y la efectividad de la atención primaria de salud se basan en la confianza que se ha establecido a lo largo de los años entre el médico de familia y el paciente. Solo uno de cada 4 pacientes que pidió cita este año a su centro de salud fue atendido en el primer o segundo día por su médico de familia, el resto tuvo que esperar una media de casi 9 días<sup>1</sup>. Sabemos que el paciente se siente más bien atendido y la vista es más resolutive cuando el paciente accede fácilmente con su médico de confianza<sup>15,16</sup>, sin embargo, las reformas tienden a olvidarlo<sup>17</sup>. Los pacientes nos piden que mejoremos simultáneamente ambos aspectos. Para conseguirlo, debemos liberar al médico de familia de muchas tareas que realizarían con más diligencia otros miembros del equipo. La reciente incorporación de fisioterapeutas, psicólogos y la ampliación de competencias de los administrativos y del personal de enfermería pueden contribuir a este objetivo, siempre que consigamos que trabajen en equipo con el médico de familia y se centren el mismo grupo de pacientes. Esta innovación implica abandonar la tendencia actual de organizar las tareas por colectivos profesionales, para pasar a hacerlo por pacientes.
  - *La telemedicina*: potenciada durante la pandemia, ha venido para quedarse. A pesar de que el último Barómetro Sanitario señala que el 30% de las consultas son telefónicas y que el resto de los canales no presenciales solo ocupan un porcentaje casi despreciable de las visitas, los médicos de familia la percibimos como una importante sobrecarga. Las nuevas tecnologías han conseguido que volvamos a las 40 o 50 consultas diarias y a que aumenten las listas de espera para las visitas presenciales. Este caos inicial, que descontenta a los pacientes y provoca un rechazo profesional, se debe a su novedad. A mi entender, en breve aprenderemos todos, los profesionales y los pacientes, a utilizar con eficiencia estas nuevas tecnologías. También en este aspecto, el resto de los profesionales del equipo tiene capacidades todavía inexploradas para dar una respuesta efectiva a las demandas que acceden por estos canales. La evidencia nos muestra que esta tecnología, que fue útil durante la pandemia, también puede ser muy efectiva para el control de los pacientes con enfermedad crónica<sup>18</sup>.
  - *La universidad*: la decisión en el año 2005 de la Conferencia Nacional de Decanos de las Facultades de Medicina<sup>19</sup> de no incluir la disciplina de Medicina de Familia en el currículum del grado de Medicina, cuando intentábamos adaptarnos al proceso de convergencia europeo, supuso un error histórico. Su afán por mantener los espacios de poder que habían conseguido las diferentes asignaturas a lo largo de los años, es en parte responsable de la actual falta de vocaciones y de que la medicina de familia sea considerada por muchos como una especialidad de segunda fila. Para ser efectiva, una futura reforma de la atención primaria no la puede seguir ignorando la universidad.
  - *La atención comunitaria*: pese a su potencial, es una de las áreas menos desarrolladas de los equipos de atención primaria de salud. Salvo honrosas excepciones<sup>20</sup>, la mayoría se limitan a realizar reuniones periódicas burocratizadas con los servicios de salud pública, servicios sociales y entidades de la sociedad civil del territorio para organizar actividades de educación sanitaria y de prescripción social. Las experiencias que han conseguido liderar desde la atención primaria una efectiva intervención multisectorial para la salud, se han basado en líderes locales visionarios que han actuado más allá de los objetivos asistenciales que tenían marcados. Por este motivo cuesta ver la manera de poder replicarlas y generalizarlas.

### Las palancas del cambio

La discrepancia entre la multitud de documentos y los tímidos avances a lo largo de los más de 30 años de historia de nuestra atención

primaria, dan una idea de la dificultad que supone introducir una reforma radical. Es iluso pensar que en un futuro inmediato se lanzará una nueva política de salud centrada en el paciente, que tome por eje central la atención primaria y que dé coherencia a todas las innovaciones que posteriormente se apliquen al sistema sanitario. El cambio, si llega, será forzado por las circunstancias como ha sucedido durante la pandemia de COVID-19. Los centros de salud, además de incorporar la telemedicina, han tenido que modificar su organización para atender a los sectores de la población abandonados por la medicina privada, para aplicar vacunaciones masivas, para realizar una ingente cantidad de bajas por COVID-19, seguir a los contactos o para mantener una atención clínica universal, incluidas las residencias geriátricas. Durante este período se hizo patente la enorme flexibilidad y capacidad organizativa de este ámbito.

La anunciada recesión económica, junto a la escasez de profesionales y a los enormes costes que supone atender a una creciente proporción de la población con problemas crónicos y comorbilidad, forzarán a que los diferentes actores se vean obligados a consensuar soluciones factibles. A pesar de que sería deseable, es improbable que el sistema sanitario abandone la actual asistencia orientada a los problemas por una atención centrada en la persona<sup>21</sup>, pero inevitablemente deberá variar el paradigma asistencial actual. La evidencia del papel central del médico de familia en la reducción de la mortalidad<sup>22</sup> y su capacidad para proporcionar una atención centrada en la persona le otorgan un papel protagonista en un sistema sanitario que forzosamente deberá ser cada día más integrado. Los cambios serán lentos y parciales, y deberemos seguir luchando por ellos. Los jóvenes médicos de familia pueden tomar ejemplo de los compañeros que participaron en la reforma de los 80. Estos entregaron gran parte de su vida profesional a este objetivo que, con todos sus innegables defectos, consiguió un cambio radical. Ahora son otros tiempos, pero todavía queda mucho por hacer. El avance de la especialidad y de la atención primaria depende de que los jóvenes profesionales se atrevan a arriesgar su cómoda, pero precaria posición, para liderar el cambio. Solo han de conseguir que la crisis de la atención primaria de salud a la población se mantenga en la primera línea de la agenda política, para forzar que la sociedad en su conjunto introduzca reformas efectivas que la mejoren en beneficio de todos: ciudadanos, profesionales y administración sanitaria.

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de intereses

El autor es médico de familia del Servicio Nacional de Salud y editor de la revista Atención Primaria Práctica.

## Bibliografía

- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro Sanitario Segunda Oleada. [Consultado 14 sept 2022]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom\\_Sanit\\_2022/SegundaOleada/BS2022\\_Segunda\\_oleada\\_nota\\_tecnica.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2022/SegundaOleada/BS2022_Segunda_oleada_nota_tecnica.pdf).
- Ministerio De Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. 10 de Abril de 2019 [consultado 14 sept 2022]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco\\_Estrategico\\_APS\\_25Abril\\_2019.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf).
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària: ENAPISC. [consultado 14 sept 2022 Disponible en: [https://salutweb.gencat.cat/web/.content/\\_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Plans-sectorials/Pla-primaria-salut-comunitaria-enapisc/que-es/ENAPISC\\_document\\_conceptual.pdf](https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Plans-sectorials/Pla-primaria-salut-comunitaria-enapisc/que-es/ENAPISC_document_conceptual.pdf).
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. La semFYC pide una Ley General de Atención Primaria para blindar este nivel asistencial. [Consultado 14 sept 2022]. Disponible en: <https://www.semfyce.es/semfyce-pide-ley-general-de-atencion-primaria/>.
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. La semFYC cuantifica la reforma que AP necesita: una inyección de cerca de 4.000 millones de euros y 7.000 nuevas plazas para especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. [Consultado 14 sept 2022]. Disponible en: <https://www.semfyce.es/semfyce-pide-ley-general-de-atencion-primaria/>.
- Societat Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. L'Atenció Primària En El 2018: a Propòsit De L'Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària. [Consultado 14 sept 2022]. Disponible en: [http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM\\_10456\\_EBLOG\\_3665.pdf](http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_10456_EBLOG_3665.pdf).
- Societat Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Reptes de futur de l'Atenció Primària. [Consultado 14 sept 2022]. Disponible en: [http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM\\_11841\\_EBLOG\\_3825.pdf](http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_11841_EBLOG_3825.pdf).
- Royal College of general Practitioners. Fit for the Future: a new plan for GPs and their patients. [Consultado 14 sept 2022]. Disponible en: <https://www.rcgp.org.uk/representing-you/future-of-general-practice>.
- WHO Evaluation Office. Review of 40 years of primary health care implementation at country level. [Consultado 14 sept 2022]. Disponible en: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/about-us/evaluation/phc-final-report.pdf?sfvrsn=109b2731\\_4](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/about-us/evaluation/phc-final-report.pdf?sfvrsn=109b2731_4).
- Alyousef M, Naughton C, Bradley C, Savage E. Primary healthcare reform for chronic conditions in countries with high or very high human development index: a systematic review. *Chronic Illn*. 2022;18(3):469–87. <https://doi.org/10.1177/17423953211059143>.
- Damery S, Flanagan S, Combes G. Does integrated care reduce hospital activity for patients with chronic diseases? an umbrella review of systematic reviews. *BMJ Open*. 2016;6(11), e011952. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011952>.
- Heifetz RA. Leadership without easy answers. Harvard University Press; 1988.
- Kringos DS, Boerma GW, Hutchinson A, Saltman RB, editors. Building primary care in a changing Europe: Case studies [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015.
- McKee M, Dubois CA, Sibbald B. Changing professional boundaries. In: Dubois CA, McKee M, Nolte E, editors. Human resources for health in Europe/European Observatory for Health Systems and Policies Series. 2006. p. 63–78.
- Christakis DA, Wright JA, Koepsell TD, Emerson S, Connell FA. Is greater continuity of care associated with less emergency department utilization? *Pediatrics*. 1999;103:738–42.
- Gill JM, Mainous 3rd AG. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med*. 1998;7:352–7.
- Loxterkamp D. The lost pillar: does continuity of care still matter? *Ann Fam Med*. 2021;19(6):553–5. <https://doi.org/10.1370/afm.2736>.
- Albert SL, Paul MM, Nguyen AM, Shelley DR, Berry CA. A qualitative study of high-performing primary care practices during the COVID-19 pandemic. *BMC Fam Pract*. 2021;22(1):237. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01589-4>.
- Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas. Libro Blanco del Título de Grado en Medicina. [Consultado 14 sept 2022]. Disponible en: [https://www.um.es/c/document\\_library/get\\_file?uuid=1f9337ac-a45a-406e-9302-23975eca75b8&groupId=115466](https://www.um.es/c/document_library/get_file?uuid=1f9337ac-a45a-406e-9302-23975eca75b8&groupId=115466).
- Aguiló Pastrana E, López Martín M, Siles Román D, López Fernández LA. Las actividades comunitarias en atención primaria en España. Un análisis a partir de la Red del Programa de Actividades Comunitarias (PACAP) [Community activities in primary care in Spain. An analysis based on the network of the Program of Community Activities (PACAP)]. *Aten Primaria*. 2002;29(1):26–32 Spanish: [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(02\)70495-2](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(02)70495-2).
- Mold JW. Failure of the problem-oriented medical paradigm and a person-centered alternative. *Ann Fam Med*. 2022;20(2):145–8. <https://doi.org/10.1370/afm.2782>.
- Basu S, Berkowitz SA, Phillips RL, Bitton A, Landon BE, Phillips RS. Association of primary care physician supply with population mortality in the United States, 2005–2015. *JAMA Intern Med*. 2019;179(4):506–14. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.7624>.