



Artículo especial

Reflexiones sobre la atención primaria del siglo XXI

Rafael Rotaache del Campo^{a,*} y Ana Gorroñoitua Iturbe^b^a Grupo MBE de semFYC, Centro de salud de Alza, OSI Donostia-Osakidetza, San Sebastián, España^b Unidad Docente Multiprofesional, Atención Familiar y Comunitaria, Grupo MBE de semFYC, Bizkaia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de octubre de 2022

Aceptado el 22 de octubre de 2022

Palabras clave:

Atención primaria

Multimorbilidad

Trabajo en equipo

Integración

Toma de decisiones

Evaluación

RESUMEN

La atención primaria debe de afrontar los nuevos desafíos del siglo XXI que ya han comenzado con la pandemia de la covid-19. Desafíos que tienen que ver con una nueva realidad sociosanitaria caracterizada por un aumento de la prevalencia de la comorbilidad y fragilidad ligada al envejecimiento y al impacto de los determinantes de la salud; cambios en la población con pacientes más informados y que reclaman participar en las decisiones que afectan a su salud en una sociedad cada vez más digitalizada. En ese contexto la atención primaria debe de resolver nuevos retos como cambiar su funcionamiento con equipos más cohesionados que puedan incorporar nuevos perfiles que aporten valor y donde exista un compromiso con la docencia y la investigación. La gestión de todos estos desafíos requiere que los profesionales que trabajan en atención primaria en el siglo XXI profundicen en sus competencias mirando más allá de las consultas de su centro de salud. Competencias como la selección y el uso del mejor conocimiento, el pensamiento crítico, el uso de la comunicación para acercarse a los valores y las preferencias de los pacientes, la toma de decisiones compartida y la conciencia social.

Para que todos estos cambios se puedan realizar hace falta un impulso institucional con múltiples medidas insistentemente reclamadas por los profesionales. Entre las que están, en primer lugar, una mayor inversión en personal y equipamiento, así como apostar por modelos organizativos avalados por la evidencia destinados a obtener una atención más coordinada e integrada entre la atención primaria, el hospital, la salud mental, la salud pública y los servicios sociales la utilización juiciosa de las soluciones de la e-salud o la incorporación de un área de conocimiento sobre atención primaria en la universidad.

© 2022 The Authors. 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/>).

Reflections on primary care in the 21st century

ABSTRACT

Primary care must face the new challenges of the XXI century that have already started with the Covid-19 pandemic. These challenges have to do with a new sociosanitary reality characterized by a rise of the prevalence of the comorbidity and fragility linked to the eldering and the impact of the determinants of the health. Changes in the population, one with more informed patients who demand participating in the decisions that affect their health in a society that is increasingly digitalized. In this context the primary care must solve its challenges such as changing its way of functioning in more cohesive teams that can incorporate new profiles that are really needed and that bring value and where a compromise with teaching and investigation exists. The management of these challenges requires that the professionals working in primary care in the XXI century deepen in their competences looking further than the limits of their health centres. Competences such as the selection and use of the best knowledge, the critical thought, the use of communication to approach to the values and preferences of their patients, the shared decision making and social conscience. In order to these changes to pursue, an institutional impulse is necessary, one with the, many times insistently claimed by the professionals, measures. Among which is, firstly, a bigger inversion in personnel and equipment as well as the commitment with evidently proved models intended to obtain a more coordinated and integrated attention between the primary care, the hospital,

Keywords:

Primary care

Multimorbidity

Teamwork

Integration

Decision making

Evaluation

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rrotaache@gmail.com (R. Rotaache del Campo).

the mental health, the public health and the social services, the judicious use of the e-health solutions or the incorporation of a knowledge area of primary care in the University.

© 2022 The Authors. 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/>).

Introducción

En otros artículos de este monográfico se ha analizado en profundidad el estado actual de la atención primaria (AP) en Europa y en las diferentes autonomías de nuestro país. Estos análisis se suman a las decenas de los realizados en los últimos meses en nuestro país sobre la necesidad de fortalecer la AP.

Las propuestas que se realizan en la serie de artículos de este monográfico insisten en soluciones multifactoriales que incluyen entre otras: más recursos en el personal, estructuras físicas y equipamiento, nuevas estrategias organizativas, profundizar en la actividad comunitaria, el fomento y apoyo de la investigación en AP y un cambio radical en la actitud de la universidad hacia la medicina de familia.

Existe suficiente evidencia que demuestra que los sistemas de salud basados en una AP fuerte son más accesibles, equitativos y eficientes¹.

Por eso una verdadera asistencia sanitaria basada en la evidencia implica la implementación de los atributos de la AP comenzando por la atención longitudinal que ha demostrado que mejora la morbilidad de la población y consigue un mejor uso de los servicios sanitarios².

En definitiva, los responsables políticos y sanitarios deben proporcionar un marco adecuado para la práctica clínica de los médicos de familia en el siglo XXI.

Transcurrido ya casi un cuarto del siglo, seguimos creyendo posible una AP que sea el desarrollo completo de la que imaginamos en el pasado y que esté preparada para afrontar los próximos desafíos (tabla 1), algunos de los cuales se desarrollan a continuación. Desafíos que ya han comenzado en el año 2020 con la aparición de la pandemia de covid-19.

Determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud (DSS) explican la mayor parte de las inequidades en salud. Las desigualdades socioeconómicas se correlacionan con la morbilidad en ambos sexos³ y se presentan sobre todo en las principales causas de mortalidad. La precariedad socioeconómica se relaciona, por ejemplo, con la enfermedad cardiovascular o el menor nivel educativo con la prevalencia de diabetes y mayor riesgo de hospitalización por reagudizaciones de EPOC⁴. En diversos estudios ecológicos en entornos urbanos, se han encontrado importantes diferencias de la salud dentro de la misma ciudad, determinadas por el territorio y una disminución de la esperanza

de vida libre de discapacidad relacionada con la privación socioeconómica⁴.

El abordaje de los DSS requiere un enfoque transversal e intersectorial que implique a todas las políticas institucionales («salud en todas las políticas») en el que la AP debe tener un papel relevante coordinada con la salud mental, la atención hospitalaria, la salud pública y los recursos sociosanitarios. En definitiva, una AP fuerte dentro de una política sanitaria donde, de verdad, se sitúe a las personas en el centro del sistema.

Una nueva realidad sociosanitaria

En España en el año 2050 el 35% de la población tendrá más de 65 años, lo que implica un aumento de la prevalencia de pacientes con multimorbilidad (más de 2 enfermedades crónicas), sobre todo en la población de menor nivel socioeconómico y en la que se presentan problemas de salud mental⁵. La prevalencia de la multimorbilidad continúa creciendo, lo mismo que los casos de demencia en el año 2050 se habrán duplicado y se acercarán a los 2 millones de personas⁶. La fragilidad aumenta exponencialmente en la medida que se envejece, su prevalencia en mayores de 65 años es del 18%, y es más frecuente en las mujeres⁷.

Estas tendencias han generado un debate sobre los cambios que deben realizar los sistemas sanitarios para afrontar esta nueva realidad sociosanitaria a la que la AP no ha sido ajena⁸.

Desde el inicio del siglo XXI han proliferado las estrategias de crónicos en nuestro país que tratan de orientar a los sistemas de salud hacia esta nueva realidad. De forma casi simultánea, y en ocasiones como consecuencia de estrategias previas de crónicos, muchos servicios de salud autonómicos hablan de la necesidad de evolucionar hacia un sistema más coordinado e integrado como respuesta a este cambio. Desde hace unos años asistimos al desarrollo de múltiples experiencias en nuestro país de integración asistencial.

Dentro de los diferentes modelos, los implantados hasta ahora en nuestro país han implicado a la AP y hospitalaria de una misma zona geográfica mediante la integración administrativa en una gestión única. Muchas de ellas, incluso las más desarrolladas, como las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) del País Vasco, no incluyen a la salud mental, ni la salud pública en su modelo. Todas las experiencias insisten en proponer la digitalización y el uso de las nuevas tecnologías, incluida la telemedicina, para mejorar la continuidad asistencial y la relación entre profesionales.

Las estrategias de crónicos y modelos de integración siguen teniendo pendiente su evaluación en nuestro medio⁹. Las diferentes revisiones sistemáticas no han conseguido identificar los componentes de la integración asistencial que se asocian con mejores resultados¹⁰. En esta evaluación resulta indispensable contemplar la singularidad de las experiencias integradoras realizadas en nuestro país sobre una atención primaria debilitada por un déficit crónico de financiación y por una falta de estrategia clara.

Nuevas epidemias

En este nuevo siglo hemos debido hacer frente al desafío de una nueva pandemia por una enfermedad infecciosa, algo que creíamos olvidado. El sistema sanitario se empieza a recuperar del impacto de la epidemia por la covid-19 sin apenas tiempo a evaluar su actuación y por tanto sin aplicar muchas de las enseñanzas que podrían extraerse

Tabla 1
Desafíos para la AP en el siglo XXI

- Medicalización y sobrediagnóstico
- Población con más información y con necesidad de participar en la toma de decisiones sobre su salud
- Utilización de forma eficiente del conocimiento médico
- Actividad burocrática innecesaria creciente
- Aumento de la prevalencia de la multimorbilidad y de la fragilidad
- Atención cada vez más subespecializada y fragmentada
- Aparición de nuevas pandemias de enfermedades infecciosas
- Impacto de los determinantes de salud
- Digitalización e incorporación de la telemedicina a la atención clínica
- Nuevo enfoque del trabajo en equipo (roles profesionales, incorporación de nuevos perfiles profesionales, autocuidado)
- Continuidad en la formación de los profesionales (grado-posgrado-desarrollo profesional continuo). Atención primaria como verdadero espacio para la docencia y la investigación

de su gestión en AP. Esta ha demostrado, pese a su situación, su capacidad para reorganizarse y adaptarse a la pandemia. En la AP se han atendido a la práctica totalidad de los pacientes infectados por la covid-19 en alguna de las fases de su enfermedad. Durante la primera ola hasta el 68,5% de los casos se atendieron exclusivamente en AP¹¹.

La AP continúa ocupando gran parte de su actividad en la gestión de la covid-19. La 7ª ola se ha caracterizado por su elevada transmisibilidad y menor morbilidad, lo que ha supuesto que prácticamente se ha gestionado en AP con una enorme carga burocrática para la gestión de la incapacidad laboral transitoria. Esta ha desbordado la capacidad administrativa de muchos centros de salud, poniendo en evidencia la necesidad de cambios radicales en la gestión de la incapacidad temporal insistentemente reclamados por los profesionales antes de la pandemia. La AP sigue participando en las sucesivas campañas de vacunación mientras que debe gestionar el impacto de la covid-19 sobre la interrupción de su propia actividad¹², sobre la de los otros niveles de atención como los programas de cribado de cáncer o el aumento de las listas de espera¹³ y sobre la salud mental de la población.

La aparición de la covid-19 persistente, que puede llegar a afectar hasta el 43% de los pacientes tras la infección aguda¹⁴, supone otro reto para el médico de familia que se enfrenta a una nueva enfermedad de la que se desconoce su etiopatogenia y con mucha incertidumbre sobre su tratamiento¹⁵.

Medicalización, sobrediagnóstico y sobretratamiento

La medicalización es un fenómeno creciente y preocupante por su potencial impacto negativo en la salud de la población y el riesgo que entraña para la sostenibilidad de los sistemas de salud, supone, además, un alto coste de oportunidad que impide la realización de otras actividades. Se relaciona, entre otros, con los conceptos de sobrediagnóstico y sobretratamiento. Su etiología, como la de otros problemas complejos, es multifactorial¹⁶ y con diversos agentes implicados, siendo los profesionales sanitarios, uno de los principales¹⁷.

El abordaje de los problemas como el sobrediagnóstico o diagnóstico innecesario y el sobretratamiento no es sencillo, las medidas para combatir esta realidad competen a diferentes ámbitos (político, sistemas de salud, profesionales). Algunas de las soluciones que se han propuesto son¹⁶:

- Formación de los profesionales: sensibilización desde el grado en el problema del sobrediagnóstico, el sobretratamiento, sus causas y consecuencias. Aprendizaje orientado al manejo y tolerancia a la incertidumbre. Habilidades en comunicación con el paciente y la familia, y la toma de decisiones compartida.
- Impulsar la investigación en el sobrediagnóstico y el sobretratamiento.
- Limitar al máximo o evitar las influencias capaces de sesgar la toma de decisiones diagnóstico-terapéuticas de los profesionales.
- Potenciar el conocimiento veraz y sensible a las necesidades, que se ajuste a las prioridades de los enfermos y la comunidad.
- Aplicación juiciosa de la medicina basada en la evidencia.
- Aplicar el enfoque de la medicina mínimamente disruptiva para afrontar el sobretratamiento en los pacientes con comorbilidad, lo que supone la evaluación integral de cada persona enferma, la priorización compartida de objetivos y la elaboración de planes individualizados de cuidados y terapéuticos ajustados a sus capacidades y realidades y objetivos pactados.
- Mejorar la validez de la información a los pacientes y los usuarios a través de los medios de comunicación y las redes virtuales.
- Políticas sanitarias basadas en las mejores evidencias y en argumentos de bien común.
- Facilitar herramientas de ayuda a la toma de decisiones compartidas (HATD) en la consulta.
- Una ética de la responsabilidad para abordar la complejidad del razonamiento moral. El desafío no es solo demostrar que las ganancias superan las pérdidas, sino también mostrar cuidado y respeto por

aquellos que pierden en las decisiones y reconocer aspectos que realmente importan a las personas.

Nuevos equipos

El cambio sociosanitario que se adivina para el resto del siglo XXI necesita también de un cambio en los profesionales sanitarios y no sanitarios de AP. Este cambio afecta a sus competencias, al trabajo en equipo, a la necesidad de nuevos perfiles y a las sinergias con otros activos de salud de la comunidad. Como se ha comentado en otros artículos de este monográfico, la falta de médicos de familia ha marcado el panorama sanitario de inicio del siglo. Aunque la ratio de médicos en España se sitúa ligeramente por encima de la media de los países de la OCDE, la universidad y los responsables sanitarios no han sido capaces de atraer a los estudiantes y a los recién licenciados hacia la AP¹⁸ y de prever con garantías el recambio generacional en la AP.

Además, la AP vive asfixiada por una burocracia excesiva e innecesaria como ya se ha puesto de manifiesto en la gestión de la incapacidad temporal durante la pandemia por la covid-19. Las propuestas por profesionales y sociedades científicas para afrontar este anacronismo coinciden en las soluciones: eliminar la innecesaria gestión telemática y el refuerzo del personal administrativo¹⁹.

Previo al déficit de profesionales se han desarrollado propuestas organizativas en nuestro medio sobre trabajo multidisciplinar en forma de microequipos constituidos por profesionales de medicina de familia o pediatría, de enfermería y administrativos/as. Este modelo puede facilitar la atención longitudinal, cada persona tiene a su médico/a, enfermero/a y administrativo/a de referencia, y la máxima de que cada problema lo resuelve el profesional más adecuado optimizando el tiempo de cada uno de ellos. Cuenta, además, con experiencias exitosas en nuestro país²⁰ y resulta un tanto sorprendente que no haya tenido una mayor difusión e implantación. En estos momentos asistimos a un debate internacional sobre la efectividad de las diferentes composiciones y funcionamientos de los microequipos en la práctica clínica²¹. Durante los próximos años se deberá desarrollar la figura del administrativo en ciencias de la salud reconociendo a esta nueva categoría con una remuneración de acuerdo a su formación y funciones.

Los equipos de atención primaria para hacer frente a esta nueva realidad sociosanitaria necesitan realizar profundos cambios en la forma de trabajar y asumir nuevas funciones:

- Establecer mecanismos eficientes de identificación de las necesidades de las personas cuando contacten con el centro de salud para asignar al profesional más adecuado.
- Priorizar la atención domiciliaria.
- Mejorar la coordinación con los servicios sociales.
- Realizar actividades comunitarias.
- Fomento de la actividad física dentro de la atención a los pacientes frágiles y crónicos.
- Coordinación hospitalaria para la atención a los pacientes con multimorbilidad.
- Incluir en su agencia de investigación la implementación y la evaluación de los futuros cambios e innovaciones.

La realización de estas y otras nuevas tareas no es factible que pueda asumirse con los perfiles y ratios de profesionales actuales. Es necesario definir y redistribuir funciones por perfiles. Por ejemplo, el personal no sanitario puede participar en actividades comunitarias mientras que el sanitario, sobre todo el de enfermería, va a necesitar dedicar más tiempo a la atención domiciliaria y a la coordinación con los servicios sociales y con el hospital.

Está claro que el número de las administrativas y las enfermeras deberá aumentar y debería estudiarse la incorporación de otros perfiles

como trabajadores sociales o fisioterapeutas y una colaboración más estrecha con los servicios de farmacia de AP y salud mental.

Pero además de los cambios en los profesionales hay que aprovechar la tecnología y algunas de las soluciones de la e-salud¹ para estas tareas. Deberíamos de poder disponer de sistemas de cita web o telefónica que canalicen de forma eficiente las demandas hacia al profesional más adecuado. De este modo, la clasificación de las demandas y por tanto el funcionamiento del equipo no dependería de si el contacto del paciente es presencial o telemático.

Existen muchas propuestas para el uso de la telemedicina, entendida esta como el uso de los sistemas de telecomunicación para proporcionar asistencia sanitaria a distancia, con los pacientes con multimorbilidad. Las experiencias lideradas desde la AP en nuestro medio son escasas, aunque muestran resultados iniciales favorables²². La aparente modernidad que aporta el uso de la telemedicina puede suponer su uso irreflexivo por parte de los profesionales y los gestores sobre todo teniendo en cuenta que la demostración de la efectividad de la telemedicina necesita de evidencias más consistentes²³. La posible implementación de soluciones basada en la telemedicina necesita además de evaluaciones sobre las barreras hacia su uso por parte de los profesionales y los pacientes.

El médico de familia del siglo XXI y su formación

La gestión de todos estos desafíos requiere que los médicos de familia y los profesionales de AP, en general, tengan una mirada más allá de su consulta y con un perfil actualizado, basado en el profesionalismo, profundizando en algunas de sus competencias. Los profesionales necesitan acceder al mejor conocimiento procedente de una investigación rigurosa adaptada a la práctica clínica de AP que pueda contribuir a resolver los problemas de su población. Pero, aunque sepan localizar las evidencias de mayor calidad y más apropiadas para cada circunstancia, necesitan de otros conocimientos y habilidades para aplicarlas a sus pacientes y el entorno (tabla 2).

El modelo de la relación médico paciente está cambiando de forma acelerada. Los pacientes están cada vez más informados y exigen participar en la toma de decisiones que afectan a su salud. Hemos pasado de un modelo de toma de decisiones paternalista (el médico decide) a un modelo compartido²⁴. Este último requiere que el profesional sepa presentar las diferentes opciones (a favor y en contra) que afectan a la decisión compartida, exponiendo en términos sencillos y adaptados al paciente las ventajas e inconvenientes que supone el recibir una prueba de cribado mediante PSA para el cáncer de próstata a una determinada edad o recibir un tratamiento con estatinas en prevención primaria a partir de un nivel de riesgo cardiovascular determinado. Esto implica saber localizar las mejores evidencias para el problema objeto de la decisión a analizar, cuantificar los resultados a favor y en contra y realizar un proceso deliberativo respetando los valores y las preferencias del paciente. En este proceso pueden utilizarse las HATD. Existen ya iniciativas que facilitan este proceso en forma de guías de práctica clínica que nos proporcionan las mejores evidencias e incorporan HATD basadas en sus recomendaciones²⁵.

La AP, por sus componentes estratégicos y características propias, conforma un espacio educativo imprescindible en la formación de los profesionales, desde el grado hasta formación especializada y formación continuada.

La medicina de familia está reconocida y desarrollada como especialidad médica, y cuenta con un área de práctica clínica y de investigación bien definida y diferente al resto de especialidades, hace más de 40 años, con la AP como su ámbito de actuación. Sin embargo, este hecho, y aunque en la actualidad en la mayoría de las facultades españolas se imparte la medicina de familia como asignatura, no se ha

Tabla 2

Competencias del profesional de AP en el siglo XXI

- Pericia en el diagnóstico y conocimiento clínico en profundidad
- Destrezas en la selección del mejor conocimiento para resolver las cuestiones que afectan a los pacientes
- Capacidad para definir y comprender los beneficios y riesgos de las diferentes alternativas
- Sensibilidad y habilidades en comunicación para entender el contexto del paciente
- Capacidad para obtener y comprender los valores y preferencias de los pacientes y trabajar con los pacientes en la toma de decisiones compartida
- Gestión de recursos y seguridad del paciente
- Pensamiento crítico y conciencia social
- Atención centrada en la persona
- Capacidad de trabajo en equipo
- Compromiso con la docencia y la investigación

traducido en su consolidación académica en las estructuras universitarias en nuestro país, aún queda mucho camino por recorrer en este sentido²⁶.

Existe una descoordinación entre las competencias que se adquieren en la formación y las necesidades de las personas; sin una visión holística; los encuentros episódicos frente a un cuidado de salud continuo y una orientación hospitalaria frente a la atención primaria²⁷; así mismo, hay una falta de continuidad entre la formación de grado y la formación especializada en medicina familiar y comunitaria. Los estudiantes adquieren muchos conocimientos muy específicos pero pocos conocimientos genéricos o esenciales y sus conocimientos son reducidos sobre los problemas más prevalentes y generales y sobre la medicina preventiva clínica²⁸. Los modelos educativos y de atención sanitaria están interrelacionados. Un modelo centrado en el hospital (más tecnológico y focalizado en la enfermedad), u otro centrado en la AP (focalizado en el individuo, la familia y la comunidad), influyen en el sistema sanitario y en el perfil profesional, y viceversa²⁷.

Los estudiantes no conocen suficientemente el trabajo que se realiza en AP y por tanto, es difícil que se sientan atraídos hacia ella. En este sentido, la existencia del departamento propio en las facultades, junto con una experiencia académica y la práctica satisfactoria en AP, son factores favorables a la elección de medicina familiar y comunitaria como especialidad¹⁸. En la misma línea, a pesar de que los programas formativos de otras muchas especialidades contemplan como estancia formativa obligatoria la de AP, con el propósito de fortalecer la relación entre los 2 niveles asistenciales, su implantación ha sido irregular y en algunas comunidades autónomas apenas se ha desarrollado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la ausencia de conflictos de interés en relación al tema del artículo.

Bibliografía

1. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res*. 2010;10(1):65.
2. Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, Bankart MJ, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *Br J Gen Pract*. septiembre de 2020;70(698):e600–11.
3. Esnaola S, Martín J, Calvo M, Audicana C, Aldasoro E, Elgorriaga E. Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por todas las causas y por las principales causas de defunción en la CAPV, 2009–2012. Vitoria Gasteiz: Departamento de Salud, Gobierno Vasco. Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria. Report No.: Departamento de Salud, Gobierno Vasco. Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria; 2017.
4. Determinantes sociales de la Salud y enfermedades prevalentes. *Folia Humanística*. 3 de enero de 2020. [consultado 12 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://revista.proeditio.com/fohahumanistica/article/view/Determinantes%20sociales%20Salud>.
5. Cezard G, Sullivan F, Keenan K. Understanding multimorbidity trajectories in Scotland using sequence analysis. *Sci Report*. 2022;12(1):16485.

¹ Conjunto de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) que, a modo de herramientas, se emplean en el entorno sanitario en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, así como en la gestión de la salud.

6. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019–2023). 2019 Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
7. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor. [consultado Oct 2022] Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/EnvejecimientoSaludable_Fragilidad/docs/ActualizacionDoc_FragilidadyCaidas_personamayor.pdf.
8. Prados-Torres D, del Cura-González I, Prados-Torres A. Hacia un modelo de atención a la multimorbilidad en atención primaria. *Aten Primaria*. 2017;49(5):261–2.
9. Minué-Lorenzo S, Fernández-Aguilar C. Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria. *Aten Primaria*. 2018;50(2):114–29.
10. Rocks S, Berntson D, Gil-Salmerón A, Kadu M, Ehrenberg N, Stein V, et al. Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis. *Eur J Health Econ*. 2020;21(8):1121–211.
11. Vrotsou K, Rotaache R, Mateo-Abad M, Machón M, Vergara I. Variables associated with COVID-19 severity: an observational study of non-paediatric confirmed cases from the general population of the Basque Country, Spain. *BMJ Open*. 2021;11(4), e049066.
12. Caparrós Boixés G, Suñer Soler R, Juvinyá Canal D, Reig García G. El impacto de la pandemia de la COVID-19 en el control de las enfermedades crónicas en atención primaria. *Aten Primaria*. 2022;54(1), 102233.
13. OECD. Health at a Glance 2021 [Internet]. [consultado Oct 2022] Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/ae3016b9-en>.
14. Chen C, Haupt SR, Zimmermann L, Shi X, Fritsche LG, Mukherjee B. Global prevalence of post COVID-19 condition or long COVID: a meta-analysis and systematic review. *J Infect Dis*. 2022;jiac136.
15. Veronese N, Bonica R, Cotugno S, Tulone O, Camporeale M, Smith L, et al. Interventions for improving Long COVID-19 symptomatology: a systematic review. *Viruses*. 2022;14(9):1863.
16. Sobrediagnóstico y sobretratamiento: la visión de la Atención Primaria. *Aten Primaria*, 50; 2018;50p. 86–95. 1 de noviembre de. Suplemento 2.
17. Meneu R. Medicalización y medicamentización de la sociedad. *Revista FML*. 2019;24(3) 4p.
18. McGhie JE, Dalmau Roig A, Florensa Puig M, Silva Ruiz P, Oñate Ferriz G, Gracia Baño EM. Factores que influyen en la elección de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. *Aten Primaria*. 1 de diciembre de 2021;53(10):102153.
19. Buendía SC, Lozano IN. Desburocratización de la consulta. *FMC*. 2020;27(4):194–9.
20. Arribas L, Mora J. El administrativo con el médico de familia. *AMF*. 2012;8(9):539–40.
21. Coombs CRH, Cohen T, Duddy C, Mahtani KR, Roberts N, Saini A, et al. Primary care micro-teams: a protocol for an international systematic review to describe and examine the opportunities and challenges of implementation for patients and healthcare professionals. *BMJ Open*. 2022;12(3), e052651.
22. Martín-Lesende I, Orruño E, Bilbao A, Vergara I, Cairo MC, Bayón JC, et al. Impact of telemonitoring home care patients with heart failure or chronic lung disease from primary care on healthcare resource use (the TELBIL study randomized controlled trial). *BMC Health Serv Res*. 2013;13:118.
23. Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ, Inzitari M, Shepperd S. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 [citado 24 de mayo de 2020];(9). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002098.pub2/full>.
24. Ruiz Moral R. La participación del paciente en la toma de decisiones: cuestiones controvertidas y una propuesta integradora y práctica*. *FMC*. 2011;18(4):205–11.
25. Heen AF, Vandvik PO, Brandt L, Achille F, Guyatt GH, Akl EA, et al. Decision aids linked to evidence summaries and clinical practice guidelines: results from user-testing in clinical encounters. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2021;21(1):202.
26. López-Torres Hidalgo JD, López-Torres Hidalgo JD. Medicina de Familia en la Universidad sí, pero como Área de Conocimiento. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2018;11(2):46–7.
27. Barrios JM. Competencias del médico del siglo XXI. Un cambio necesario. *Revista científica ciencias de la salud - ISSN: 2664–2891*, 1(2); 2019;1(2)p. 58–73. 18 de noviembre de.
28. Vicente VC. El papel de la Medicina de Familia en el Grado. *Clínica*. 2019;(27):4–11.