



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



EDITORIAL SEMFYC

La inercia terapéutica de la Atención Primaria

Therapeutic inertia in Primary Care



Que la atención primaria está en un momento crítico nadie lo discute. Más bien ocurre todo lo contrario. Prácticamente, es unánime la percepción de la difícil situación por la que está pasando y también es mayoritaria la opinión de que la estrategia para fortalecer al sistema sanitario público en la salida de la pandemia y ante pandemias futuras, pasa ineludiblemente, por reforzar la atención primaria (AP).

Pero del dicho al hecho, hay un trecho. Son muchos y reiterados los diagnósticos de la situación que se han realizado desde diferentes puntos de vista (sociedades científicas, economistas de la salud, gestores, sindicatos,..) pero ni se indica tratamiento, ni se toman decisiones, ni se promueven cambios desde quienes tienen la responsabilidad y la capacidad de gestión. Nos encontramos ante una clara inercia terapéutica entendida ésta como los retardos en la iniciación o intensificación del tratamiento cuando estos son necesarios y ello, a pesar de saber que realmente están indicados.

Recientemente se ha celebrado un Consejo Interterritorial monográfico sobre Atención Primaria cuyas conclusiones nos causaron, nuevamente, una profunda decepción motivado por la persistencia en situar el foco más en el análisis que en la acción. Y creo, sinceramente, que estamos en un momento crucial tanto para la AP como para el sistema sanitario. Es verdad que vislumbramos algunos brotes verdes como la creación en el Ministerio de Sanidad de la Subdirección General de Calidad Asistencial dependiente de la Dirección General de Salud Pública —entre cuyos cometidos se incluye coordinar el despliegue de la estrategia de atención primaria— o la incorporación a los Presupuestos Generales del Estado de dos partidas específicas -176 y 70 millones de euros- destinados a mejorar la capacidad de resolución de la atención primaria y las áreas sanitarias, respectivamente. Pero a nuestro parecer, se trata de un departamento con limitada capacidad y de un presupuesto claramente insuficiente que, por sí solo, no va a servir como palanca de cambio. La inversión debería ser compartida entre el Estado y las CCAA aunque estas últimas son las que deberán realizar un esfuerzo mayor.

El año 2020 la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) puso en marcha un proyecto colaborativo denominado **Proyecto AP Fénix**: el renacer de la atención primaria, donde con otras Sociedades Científicas (Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria (FAECAP), Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), Farmacéuticos de Atención Primaria y Comunitaria (SEFAP y SEFAC), Trabajo Social), Entidades (Asociación Administrativa de la Salud (AAS), Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (SEAUS), Asociación para la Defensa de Salud Pública (ADSP)), Foro de Pacientes y Asociación de Pacientes con pluripatologías crónicas, para reflexionar y profundizar acerca de la necesidad de un nuevo modelo de atención primaria que diera respuesta a las actuales necesidades de salud de los ciudadanos.

Las conclusiones más relevantes y a corto plazo, de ese trabajo colaborativo se pueden resumir en cuatro grandes líneas de actuación: inversión económica, cambios normativos, prestigiar la AP y potenciar la salud comunitaria.

En primer lugar, estimamos que la inversión en atención primaria debería aumentar en 4.000 millones de euros. Este incremento debería producirse de forma gradual a lo largo de cuatro años y se distribuiría en un total de 2.800 millones de euros destinados a recursos humanos lo que permitiría recuperar la grave y persistente infrafinanciación de la AP agravada desde la crisis del 2008-2009 y 1.200 millones de euros destinados a la construcción y adecuación de los 3.000 centros de salud y 10.000 consultorios periféricos de nuestro país. A modo de ejemplo, el National Health Service destinará 4.500 millones de libras adicionales para la atención primaria para el bienio 2023-2024.

En segundo lugar, es el momento de recuperar las Gerencias de Atención Primaria diferenciadas de las gerencias únicas y desarrollar cambios normativos que faciliten la innovación en gestión impulsando reformas a distinto nivel: en la organización de los equipos de atención primaria y su autonomía, en el techo competencial de todos los profesionales que trabajan en ese nivel, en la reducción de las actividades que no aportan valor y en la

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102240>

0212-6567/© 2021 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/>).

apuesta por la innovación tecnológica, incorporando nuevos sistemas de digitalización y gestión avanzada de la información sanitaria que ayude a la toma de decisiones clínicas. Es apremiante reducir la precariedad laboral y asistencial.

En tercer lugar, se deben impulsar iniciativas que incrementen el prestigio de la atención primaria y muy especialmente de la medicina de familia tanto a nivel profesional como social. La presencia de la Medicina de Familia en la Universidad se reconoce como un elemento clave para hacer atractiva la especialidad y facilitar su elección en el MIR. Son bien conocidos y documentados los resultados en salud que consiguen tanto un médico de familia más por 10.000 habitantes (reduce la mortalidad cardiovascular, por enfermedades respiratorias y cáncer, entre otras patologías con gran impacto social), así como las mejoras en eficiencia tanto de la atención hospitalaria como del conjunto del sistema sanitario con una atención primaria fuerte.

Y finalmente, en cuarto lugar es el momento de incorporar la salud comunitaria en la cartera de servicios (prescripción social), fomentar el autocuidado y de una forma decidida, promover la participación ciudadana en la gobernanza de los servicios sanitarios.

En definitiva, es el tiempo de la acción. En este sentido las CCAA y el Ministerio se han dado de plazo hasta diciembre para presentar un plan de acción que, para ser creíble, deberá ir acompañado de un presupuesto económico adecuado y suficiente. Si éste no aparece o es exiguo, la situación se hará insostenible no ya para la atención primaria sino para todo el sistema sanitario.

Es el momento de superar la inercia. Hay mucho en juego.

S. Tranche Iparraguirre* y Junta Permanente de semFYC,
M. Fernández, G. Galindo, A. Arroyo, . Carbajo, R. Martín,
J.A. Quevedo, C. Bartolomé, I. Párraga, J.M. Bueno, A.
Fernández, B. Gutiérrez, A. Ruiz

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: tranchei@semfyc.es