

La Atención Primaria española en los albores del siglo XXI

Francesc Borrell Carrió

Médico de Familia, ICS, Profesor Departament Ciències clíniques, Universitat de Barcelona

Joan Gené Badía

Médico de Familia, CAPSE, Profesor Departament Salut Pública, Universitat de Barcelona

Los políticos de la UCD que en los años 70 apostaban por reformas de calado en la Sanidad Española, tomaron por excusa la Conferencia de Alma Ata para legitimar y lanzar la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Con ello empezaron la casa por la ventana. Mucho más lógico hubiera sido remozar los vetustos ambulatorios e inyectar autoestima a unos profesionales sin vinculación psicológica con la tarea que desempeñaban. En aquellos años nadie se declaraba "médico de cabecera"; quien más quien menos era "especialista en algo", y *echaba* sus horas en los ambulatorios, a los que acudían los pacientes por "banalidades", pues "lo importante" era atendido en los hospitales. La ocurrencia de crear una especialidad de MFC conectaba con una generación de jóvenes médicos izquierdosos, *a los que repugnaba el adjetivo de médico "de familia", pero veían con agrado lo de "comunitaria"*. La Organización Médica Colegial acogió la especialidad con escepticismo –"acabarán por desaparecer"–, y algo más tarde franca irritación. En un escenario de superávit de médicos, estos "especialistas de lo general" dejaban al pariro a interinos "de toda la vida", *instaurándose una mala fractura entre "nuevos y viejos" médicos*.

Pero la nueva generación de médicos de cabecera no tenía por qué justificarse de lo que fue un alumbramiento con pecado original. No es lugar aquí para escribir la épica de aquellos años, pero sí quisiéramos señalar dos aspectos relevantes. Por un lado, la abertura *a lo de afuera*, en especial hacia el pragmatismo anglosajón. Y por otro lado, cierto rigor metodológico, en ocasiones rayando en el dogmatismo "del protocolo", pero que permitieron programas de mejora de la calidad, líneas de investigación clínica, y una potente oferta en formación continuada.

Es innegable que hemos pasado de ambulatorios desvencijados a Centros de Salud donde existe vida inteligente. Sin embargo esta vida inteligente reclama condiciones de subsistencia.

Dónde estamos

Existen casi 900 trabajos evaluando la APS (1). Un apretado resumen de los variados Informes de Instituciones y expertos (1-17) nos daría la siguiente fotografía:

a) Análisis económico. En global tenemos un SNS de los más eficientes de nuestro entorno. Ahora bien, la Reforma de la Atención Primaria de Salud no se acompañó de un aumento proporcional del presupuesto. En

conjunto el porcentaje de presupuesto atribuido a Atención Primaria de Salud sigue siendo uno de los más bajos de Europa (3).

b) Eficiencia. La evaluación internacional de Starfield (7, 8, 9) mostraba que los modelos basados en centros de salud tienen un buen nivel de eficiencia, aunque superado por aquellos que conceden un mayor nivel de autonomía (como el británico, el holandés o el danés). Otros estudios señalan mayor eficacia del sistema reformado en morbilidad (10) y costes (11), incluyendo el gasto farmacéutico (12). Con escasísimos medios podemos hablar de investigación aplicada (2.753 artículos publicados en 134 revistas nacionales e internacionales entre 1990-9 [13]) y una línea editorial potente (14).

c) Satisfacción. Puede observarse con nitidez el impacto de la Reforma de la Atención Primaria en la evolución de la satisfacción (15), con cierto estancamiento posterior (16).

d) Comparación de modelos. En los años noventa nacieron en Cataluña las Entidades de Base Asociativa (EBAs), y otros centros de salud dependientes de Consorcios Hospitalarios. Se han realizado dos evaluaciones comparando el Institut Català de la Salut (ICS) con estos otros modelos de gestión (19,20), mostrando que la diversificación promovió la mejora, sin que ninguna de las diferentes titularidades de los equipos fuera llamativamente superior. Las entidades de base asociativa, propiedad de los profesionales, destacan por una mayor satisfacción de los profesionales, accesibilidad y menor consumo de recursos, mientras que las diferentes empresas públicas tienen resultados parecidos al hegemónico ICS, que lidera los aspectos de trabajo multidisciplinar y programas de atención domiciliaria. A pesar de la falta de datos objetivos, se intuye que la atomización de la gestión habrá aumentado los costos de transacción, (¿hemos cambiado médicos y enfermeras por gerentes?).

Las claves de un éxito relativo

¿A qué se debe este éxito relativo de la Reforma de la Atención Primaria, reconocido incluso por voces inicialmente muy críticas (21)? Los aspectos "fuertes" de la Reforma fueron a nuestro entender:

1) Hacer gravitar la reforma sobre equipos pluridisciplinares de concepción muy "horizontal".

Se apuesta por jefaturas funcionales y una participación directa de todos los profesionales ("coordinadoras de centro", similares a "asambleas" de todos los traba-

jadores del Centro). Por otro lado el Coordinador/Director mantiene sus responsabilidades asistenciales. Esta manera de funcionar conlleva una fuerte rotación directiva. *Es difícil que un director pueda sobrevivir en un equipo que no le acepte*, pero incluso gozando de su apoyo es improbable que aguante más allá de 4 años. Los interinos asumen un alto porcentaje de direcciones de los centros, lo que supone un bajo nivel técnico y priorizar la fidelidad a la eficacia, lo que favorece políticas destinadas a atender a los intereses electorales. *Esta carencia general de participación también se plasma a nivel de cada equipo*, donde no existe un Consejo de Dirección, o similar, que reparta responsabilidades (retribuidas) entre los miembros del equipo. Otro aspecto destacable es que los equipos docentes presentan mejores indicadores de calidad (19, 20).

2) Una disposición intelectual muy abierta a las experiencias de otros países, con una transmisión horizontal de conocimientos y habilidades, y un predominio del pragmatismo sobre el dogmatismo.

Vivimos una eclosión de cursos y ofertas formativas, pero escasa planificación y ajuste a las necesidades de cada profesional. Las sociedades científicas y la Industria han tenido papeles estelares, lo que ha suscitado interesantes consideraciones éticas (22).

3) Un esfuerzo por incorporar desde el primer momento rigor metodológico en la acción clínica: protocolos y guías clínicas, indicadores para evaluar la calidad asistencial, y todo ello confluyendo en una metodología de gestión (Dirección clínica, Unidades Clínicas). Definición de objetivos de salud, junto a medidas de mesogestión, tales como dirección por objetivos, incentivos económicos, formación congruente con estos objetivos y carrera profesional, cierran un interesante círculo que ha demostrado ser eficaz, a condición de que estos instrumentos sean consistentes, y *ajustados a las normas deontológicas*.

4) Incorporación de novedades tecnológicas y, de manera notoria, informatización de la Historia Clínica (HC). *La HC electrónica ha sido la novedad más importante*, dando lugar a un flujo de información entre profesionales del mismo centro y, cuando la HC es compartida con especialistas, con el nivel Hospitalario. Ello ha supuesto un ahorro en exploraciones redundantes, y un auxilio en la toma de decisiones. Poco se ha usado aún para estudios epidemiológicos y para definición de poblaciones a riesgo. En general es urgente que estas HHCC ganen en ergonomía cognitiva (*entendida como la presentación amigable y jerarquizada según importancia de los datos clínicos*) y seguridad clínica (23).

Los retos actuales

No pretendemos en ningún momento ofrecer un paisaje idílico de nuestra realidad. Existen unas tensiones que mueven el sistema hacia cambios, y que brevemente son:

A) Un paciente cada día más autónomo y con más voluntad de decidir, junto a unos servicios de orientación clientelar en todas las esferas de la sociedad, en contraste con unos servicios sanitarios masificados.

El crecimiento de la medicina privada en nuestro país no sólo traduce la mejora en la calidad de vida de las clases medias, sino la voluntad de tomar decisiones sobre su salud, y ser atendido con prontitud. Los medios han insistido hasta la saciedad en un modelo paternalista en que el ciudadano "tiene que acudir en cuanto note los primeros síntomas" al médico... ¿Podemos quejarnos de que los ciudadanos hayan aprendido la lección? A lo que debemos sumar el efecto natural del envejecimiento, y una población inmigrante con notables problemas de salud. En la medida en que el médico se adapta a la falta de tiempo *adquiere patologías de la prisa*: olvida maniobras clínicas, deja de ejercitarse en técnicas sofisticadas y, sobre, todo toma decisiones poco reflexivas. Todo ello le causa irritación y frustración, a la que responde con diferentes construcciones ideológicas: *una de tinte conspirativo explica que los problemas actuales son fruto de una medicalización exagerada, promovida por la Industria, a la que habría que responder con medidas de educación e intervención en la comunidad, e incrementos en las dotaciones de personal; otra de tinte más reivindicativo propone que solo el incremento del precio-hora del médico despertará la epidermis del gestor, obligándole a articular medidas que frenen la masificación, como pudiera ser el ticket moderador; otra de cariz liberal apostaría por el médico empresario, capaz de configurar su propio entorno de trabajo antes que adaptarse a la burocracia inane de las administraciones públicas*. Estas diferentes ofertas ideológicas actúan sobre unos profesionales cansados incluso de protestar, y que solo se movilizan cuando ya no hay más remedio (aunque es perceptible un incremento de la afiliación sindical).

B) Cambios del mercado médico. De una situación en que "sobraban" médicos hemos pasado a otra en la que "faltan"; por otro lado tenemos que hablar cada vez más de "doctoras", con cambios sutiles en las prioridades del colectivo (conciliación de la vida familiar).

Pensamos que la carestía de médicos sería menos notoria si se cualificara más el trabajo que efectúan, con un buen soporte administrativo y de enfermería. Si queremos que los jóvenes licenciados apuesten por la APS, no sólo han de cambiar las condiciones retributivas, sino sobre todo la actividad que realizan, centrándola en los aspectos de atención clínica (con un filtrado de pacientes). Una masificación del Centro de Salud conlleva mayor presión para solicitar exploraciones complementarias y paso al especialista y a las urgencias hospitalarias (16, 24, 25). El éxito de la plataforma 10 minutos evoca hasta qué punto el profesional se siente azorado por una demanda que no para de crecer, y *del que le culpan siendo en realidad su gran perjudicado*. Una última consecuencia de todo ello es que los jóvenes estudiantes comparan calidad de vida profesional entre

AP/Hospital y no dudan en su elección. Pero no todo es negativo. Una feminización de la profesión nos dará un perfil de mayor empatía (26), a la vez que obligará a los gestores a flexibilizar los contratos laborales a favor de la conciliación de la vida familiar.

C) Mayor exigencia sobre las gerencias en términos de resultados, presión que se traslada al clínico, quien tiene la impresión de que importa más el resultado económico que la calidad.

La dinámica del SNS introduce un doble discurso que daña su credibilidad: *economicismo de fondo, con discurso humanista de superficie*. La dinámica de los principales servicios de salud autonómicos se ha visto enormemente influenciada por la cuenta de resultados. Algunos de estos servicios, técnicamente en quiebra, han repercutido las *tensiones de caja a tensiones en el área de la asistencia directa al paciente*, usando a tal efecto el complemento retributivo variable (incentivos). Véase como ejemplo la impugnación realizada por la plataforma 10 minutos a los incentivos económicos sobre la práctica clínica del ICS del año 2007 (27). Una evaluación de la experiencia catalana revela que los incentivos económicos logran cambiar la práctica de médicos hasta la fecha inmunes a intervenciones educativas, pero a costa de aumentar la percepción de demanda (28).

No será tarea fácil restañar el desencuentro entre valores formales y valores reales del SNS. En ocasiones hemos tenido la impresión de que determinados responsables de la sanidad tenían como objetivo fundamental salir en los medios cada semana con alguna "buena noticia" que dar. ¡Curiosa paradoja!, una sanidad politizada pero sin grandes políticas. Y, lo más curioso, obsérvese la similitud de problemas en comunidades autónomas de diferente signo político.

D) Competitividad antes que cooperación, entre CCAA. Dificultad para agregar datos y ausencia de políticas comunes, sobre todo en el área de Salud Pública y Medicina Comunitaria.

La falta de cooperación entre CCAA impide orquestar políticas con impacto general, dándose situaciones inexplicables como la disparidad de indicadores usados, que tan difícil hace la agregación de datos, o la emisión de tarjetas sanitarias que solo pueden usarse en la propia comunidad autónoma. Ello conduce a un inusitado poder de las sociedades científicas, sobre las que recae buena parte de las iniciativas más enjundiosas, aunque hay que felicitar la receptividad de muchas administraciones.

Uno de los esfuerzos de los políticos es trasladar a los profesionales las decisiones desagradables inherentes a una sanidad racionada. Una estrategia ha sido crear equipos de base asociativa (EBAS), con la esperanza de atomizar el poder corporativo de los médicos y con el tiempo marcar metas cada vez más ambiciosas en el plano de la eficiencia (factura farmacéutica, bajas laborales y exploraciones complementarias). Estas EBAS tienen la ventaja de seleccionar a los profesionales más idóneos, mejorar los niveles de responsabilidad y moti-

vación y repartir en algunos casos beneficios, sobre un sueldo algo mayor que el del resto del SNS. Tras una etapa de expansión predomina en la Administración –y en los partidos mayoritarios– el criterio de una moratoria para "valorar bien" estas experiencias, sobre todo en su faceta de "negocio" (por ejemplo el "reparto de beneficios", que se ve con recelo), y la complejidad del proceso contractual y de seguimiento equipo por equipo de dichos contratos. Por parte de los médicos les da miedo el frágil soporte legal de estas empresas, un contrato que al expirar puede renovarse bajo condiciones draconianas. ¿Por qué surgieron entonces, y por qué subsisten? En realidad ya se sabía que este modelo no podría generalizarse, pero se daba salida a un sector de médicos emprendedores, que difícilmente se acomodaban a una administración casposa, y a su vez era el revulsivo necesario para su modernización. *Algo así como un caártico que se administraba el propio sistema.*

Hacia dónde vamos

Entonces, si las EBAS no son la respuesta... ¿por dónde podemos mejorar el sistema? ¿O debemos aceptar una Atención Primaria, incapaz de atraer a los mejores profesionales que acaben la carrera de Medicina? Se han propuesto agendas exhaustivas (29), que simplificamos en la conjunción de las siguientes políticas:

– Consolidar los equipos de AP como empresas. Mayor cualificación en la calidad y seguridad de los servicios clínicos, con mayor flexibilidad en la contratación de profesionales y certificación de calidad de los centros. Los equipos asistenciales gozarán de autonomía para contratar y diferenciarse unos de otros.

Los centros tienen que dotarse de mecanismos de recepción de nuevos profesionales, manuales de procedimiento, períodos tutorizados, coaching en escenario real, y otras técnicas apenas introducidas en el sector. El ciudadano tiene que saber los niveles de calidad y seguridad clínica del centro que ha escogido, gracias a *sistemas de certificación* que de voluntarios pasen progresivamente a ser obligatorios. Por otro lado, los equipos de atención primaria no solo no se diluirán en redes asistenciales, sino que se *consolidarán como empresas, adquiriendo responsabilidades en la contratación de profesionales*. Pensamos que también deberían poder ofrecer carteras de servicio diferenciadas, aunque no deberían entrar en competición entre ellos ni tener, a medio plazo, incentivos para ganar pacientes.

– Renovar los perfiles profesionales. Mayores responsabilidades asistenciales de enfermería y mayor exigencia técnica de un médico que tendrá igual o más pacientes, pero menos visitas y más cualificadas. Receta electrónica. Incorporación a los equipos de AP de nuevos perfiles profesionales.

Algunas medidas que ayudarían a ordenar la demanda serían: una enfermería con un abanico competencial

más amplio, con suficiente prestigio como para que los pacientes confíen en ella como primer filtro para muchas consultas espontáneas; la definición de un perfil de auxiliar médico que diera soporte y dinamizara las consultas de los médicos; la receta electrónica debería gravitar sobre el médico de familia, obligando a todas las Historias clínicas electrónicas a tener alertas de incompatibilidades medicamentosas; las bajas laborales deberían simplificarse, con servicios de inspección ajenos a los equipos, pero coordinados con ellos (¿por qué en bajas de solo algunos días de duración el paciente tiene que regresar al centro en busca del alta?); agendas inteligentes que asignaran tiempos de consulta en función del perfil de cada paciente; una relación cada vez más personalizada con los usuarios del centro, con detección de la población con alta frecuentación y medidas de tipo social (soledad, trastornos cognitivos, falta de red social de apoyo). No creemos que ni a corto ni a medio plazo el sistema evolucione al modelo MUFACE ni al sistema francés, *pues en ambos casos los costes se dispararían.*

– Mayor integración entre niveles asistenciales y entre CCAA en la gestión de servicios. Historia Clínica compartida, enfermera gestora de casos, redes sociosanitarias, vías clínicas. Sesiones clínicas compartidas entre diferentes servicios. Ofertas formativas también más transversales y personalizadas.

– El sistema sanitario tiene que ser capaz de acomodar a un ciudadano cada día más informado y con mayor deseo de implicarse en las decisiones clínicas que le afectan.

– Profesionalización definitiva de los agentes de Salud Pública.

Los agentes de Salud Pública no compartirán sus actividades con la clínica (al estilo de los médicos APD), pero sí tendrán un renovado papel en la articulación de los niveles asistenciales e incluso en los flujos de pacientes, sin desaprovechar la *ventana* que le ofrece la APS para contactar con la realidad de cada territorio (30). Deberían formarse Comités Locales de Salud Pública, abarcando áreas de unos 100.000 habitantes, desarrollando las políticas medio ambientales y salubristas. La informatización masiva de las Historias Clínicas debería permitir un uso preventivo de la información que contienen, derogando el actual sistema obsoleto de Declaración Obligatoria de Enfermedades. No debería alimentarse por más tiempo el viejo sueño de un profesional de AP que tras realizar su consulta se dirige a las fábricas de su barrio, o a inspeccionar las piscinas y bares de su zona. Al médico de familia debemos exigirle expertise en la clínica, y una actitud de colaboración con el especialista en Salud Pública de su territorio (al igual que debiera tenerla el médico de Hospital).

– Una Medicina Comunitaria cuyo eje central se situará en la promoción de la salud y la actuación selectiva sobre poblaciones concretas.

Una Medicina Comunitaria cuyo eje central se situará en la promoción de la salud mediante el uso persuasivo

de los medios de difusión de masas (paternalismo asimétrico) (31), promocionando cambios en el estilo de vida, autocuidado y uso responsable de los servicios sanitarios (32). A nivel de prevención, delegará en los profesionales de Atención Primaria, incentivando las prácticas preventivas basadas en evidencias, como viene realizando el PAPPs desde su inicio (33), y soportadas en la Historia Clínica electrónica, (avisos automatizados, recordatorios al paciente y al profesional, ayudas a la decisión del clínico, etc.).

– Integración horizontal de servicios. Se crearán empresas de atención primaria que gestionen toda la gama de servicios básicos de salud en la comunidad que hoy están distribuidos en distintos programas del ámbito de los servicios sociales y de la salud (desde la atención del médico de familia, domiciliaria, residencias asistidas...), en territorios de 100 a 150 habitantes.

Conclusión

Los objetivos más importantes que nos habíamos planteado hace 25 años, se han alcanzado. Tenemos una APS universal y equitativa, pero aparecen nuevos problemas. Este periodo actual de cierta indefinición es una oportunidad para –sin ideas preconcebidas–, acercarnos a las necesidades de los ciudadanos y profesionales. Aventuramos cambios en la línea de empresarizar los equipos de salud, mejorar el trabajo entre niveles asistenciales y los servicios sociales, cambiar algunos perfiles profesionales, ampliar la capacidad de decisión del paciente y potenciar el papel de especialistas en Salud Pública/Medicina Comunitaria.

Referencias bibliográficas

- (1) Lorenzo-Casares A, Otero A. Publicaciones sobre evaluación de la atención primaria en España tras veinte años de reforma (1984-2004): Análisis temático y bibliométrico. *Rev. Esp. Salud Pública.* 2007;81(2):131-145.
- (2) Minué Lorenzo S, de Manuel Keenoy E, Solas Gaspar O. Cap 4. Situación y futuro de la Atención Primaria. Informe SESPAS 2001. Escuela Andaluza de Salud Pública. http://www.sespas.aragob.es/informe/sespas4_1.pdf
- (3) Gérvas J, Pérez-Fernández M, Palomo-Cobos L, Pastor-Sánchez R. Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto / error. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo; 2005. www.msc.es
- (4) Simó J, Martín P. El efecto riqueza, ¿un mal para nuestra atención primaria? *El Médico*, 2007; 14 Septiembre: 14-8.
- (5) Simó Miñana J. El gasto sanitario en España, 1995-2002. La Atención Primaria, *Cenicencia del Sistema Nacional de Salud.* *Aten Primaria* 2007;39:127-132.
- (6) European Observatory on Health Care Systems. WHO Regional Office for Europe. Health Care Systems in Transition. Spain. AMS 5012667 (SPA) Target 19 2000. <http://www.who.dk/document/e70504.pdf>
- (7) Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 8930 (1994):1129-33.
- (8) Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Editorial Masson, S.A. Barcelona, 2001.

- (9) Larizgoitia I, Starfield B. Reform of primary health care: the case of Spain. *Health Policy* 1997;41:121-137.
- (10) Villalbí JR, Guarga A. Evaluación del impacto de la reforma de atención primaria sobre la salud. *Aten Primaria* 1999;24:468-74.
- (11) Durán J et al. Reforma de la atención primaria de salud: resultados económicos, asistenciales y de satisfacción. *Aten Primaria* 1999;23: 474-8.
- (12) Simó Miñana J, Gervas Camacho J. Gasto farmacéutico en España y en Europa (1995-2002): el “despilfarro” español, un mito sin fundamento. *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, 2007; 5(1):1-15.
- (13) Caballero FJ. Análisis bibliométrico de la producción científica en atención primaria de salud (años 1990-1999). Tesis Doctoral. Universidad de Córdoba, 2003.
- (14) Borrell F. 15 años de medicina familiar: 15 años de la revista *Aten Primaria* 1992;23 (Supl 1):37-50.
- (15) Rico A. La opinión de los ciudadanos sobre el Sistema Nacional de Salud, 1994-2003. En: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2003. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; 2004, 537-59.
- (16) CatSalut. Pla d'enquestes de satisfacció dels assegurats 2006-2007. Regió Sanitària Barcelona, Departament de Salut, Barna 2007.
- (17) Instituto de Información Sanitaria. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Barómetro sanitario 2003. Madrid: MSC, 2004. Disponible en: http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm
- (18) Instituto de Información Sanitaria. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Barómetro sanitario 2004. Madrid: MSC, 2005 mayo 5. Disponible en: http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm
- (19) Fundació Avedis Donabedian. Avaluació de la reforma de l'Atenció Primària i de la diversificació de la provisió de serveis. Informe 2002. FAD, Departament de Salut, Barna, 2002. Accesible en: <http://www.academia.cat/pages/academ/vidaacad/publica/annals/2003/A4/debat7.htm>
- (20) Corbella A, Jiménez J, Martín Zurro A, Plaza A; Ponsà A, Roma J, Segura A, Zara C. Avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària. Institut D'Estudis de la Salut 2007.
- (21) Gervas J. Análisis crítico y personal de la reforma socialista de la atención primaria en España. *Cuadernos Gestión*. 1996;2:173-6.
- (22) Delgado MT, Altisent R., Galán S. Análisis de la relación entre el médico de atención primaria y la industria farmacéutica. *Aten Primaria*, 2004;34(5):231-7.
- (23) Borrell F. Ética de la seguridad clínica: contribuciones desde la práctica médica. *Med Clinica* 2007;129(5):176-183.
- (24) Quesada F, Castro JA, Hernán M. et al. Aproximación a las creencias de salud de dos zonas básicas de salud. *Aten Primaria* 1995; 15(2):109-112.
- (25) Iglesias Asenjo E. Acceso al especialista libre o mediante el médico de cabecera. *Centro de Salud* 2000; Nov: 653-6.
- (26) van den Brink-Muinen A, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, De-veugele M, Gask L, Mead N, Leiva-Fernandez F, Perez A, Messerli V, Oppizzi L, Peltenburg M. Communication in general practice: differences between European countries. *Family Practice* Vol. 20, No. 4, 478-485.
- (27) Plataforma 10 minutos - Cataluña. Complement retributiu variable de l'Institut Català de la Salut. - Any 2007) Document presentat per la plataforma 10 minuts de Catalunya a les Comissions Deontològiques Colegials. Barcelona, 2007. Accesible en: <http://www.camfic.org/arxius/10minuts.html>
- (28) Gené-Badia J, Escaramis-Babiano G, Sans-Corrales M, Sampietro-Colom I, Aguado-Menguy F, Cabezas-Peña C, Gallo de Puelles P. Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care. *Health Policy* Jan;2007;80(1):2-10.
- (29) Melguizo M, Cámara C, Martínez JA, et al. Proyecto AP21: Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España. Agenda AP XXI. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 2007.
- (30) Aranda Regules JM. Medicina Familiar y Comunitaria y Salud Pública: ¿una oportunidad perdida? *Rev Esp Salud Pública* 2007;81:1-6.
- (31) Loewenstein G., Brennan T, Volpp KG. Asymmetric Paternalism to Improve Health Behaviors *JAMA*. 2007;298(20):2415-2417.
- (32) Heath I. In defence of a National Sickness Service. *BMJ*. 2007 January 6; 334(7583):19.

(33) PAPPS. - Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud. Accesible en: <http://www.papps.org/recomendaciones/suplemento.html>

COMENTARIO SOBRE “LA ATENCIÓN PRIMARIA ESPAÑOLA EN LOS ALBORES DEL SIGLO XXI”

Más de lo mismo

Reconocemos en el texto de nuestros buenos compañeros los argumentos del proyecto “Siglo XXI” del Ministerio de Sanidad y Consumo (1). Como en 1984, los políticos miran, miopes, al pasado.

Se ofrece “más de lo mismo”. Más centros de salud, más equipos, más informatización de gestión, más prevención, más promoción, más comunidad, más totum revolutum. Se acepta que “lo de 1984” no ha funcionado, pero que puede funcionar, que es el ideal. En lugar de “coger el toro por los cuernos” prefieren seguirlo “to-reando”. Sostienen una reforma que careció y carece de objetivos mensurables, llena de buenas intenciones pero vacía de ciencia, de clínica y de conciencia.

Nuestra propuesta es de cambio radical. No creemos que las propuestas catalanas comentadas (EBA y demás) sean un cambio, pues vuelven a basarse en el centro de salud y en el equipo. Es hora de que el médico general/de familia se destrabe de los equipos de los centros de salud y que se parezca al de los países desarrollados (de Alemania a Suiza, de Australia al Reino Unido, de Austria a Nueva Zelanda, de Dinamarca a Japón). Necesitamos un “médico personal”, profesional independiente, responsable de su efectividad, que contrate sus servicios con un sistema sanitario público que ofrezca servicios gratuitos en el punto de atención.

Necesitamos una Atención Primaria fuerte que potencie la longitudinalidad, con médicos que se enfrenten con éxito a la co-morbilidad. Necesitamos un médico polivalente y capacitado, que ofrezca cuidados clínicos sólidos en todos los campos (pediatría, gine-tocología, geriatría y terminales incluidos) (2).

Sobre todo ello hemos hecho propuestas a lo largo de más de dos décadas, con eco profesional pero no político. No es extraño, si el objetivo práctico político es potenciar los hospitales y mantener a la Atención Primaria en España como Cenicienta del Sistema Sanitario de Salud.

Juan Gervas

Mercedes Pérez Fernández M

Médicos generales. Equipo CESCA, Madrid

(1) Melguizo M, Cámara C, Martínez JA et al. Marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España. Agenda AP21. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

(2) Gervas J, Simó J. 2015, el día a día de un médico de cabecera. *SEMERGEN*. 2005;31:478-85.

La necesaria Atención Primaria en España

Juan Gérvas y Mercedes Pérez Fernández M

Médicos generales. Equipo CESCA, Madrid

Presupuesto insuficiente

En política, las verdades no van en las palabras, sino en los presupuestos anuales. En teoría, según las palabras resonantes, convertidas casi en logotipo y emblema, la Atención Primaria en España es el eje del sistema sanitario.

Sin embargo, en la práctica, a lo largo de las últimas décadas, el presupuesto público sanitario dedicado a la Atención Primaria se ha mantenido en torno al 16%, con gobiernos estatales "de uno y otro signo" (1). De hecho, el porcentaje ha disminuido con la reforma de la Atención Primaria, pues antes de 1984 era del 21%. En la realidad sanitaria española la base se contrae y el sistema se verticaliza (menos primaria y más hospitalaria).

Mientras ya en 1995 nos igualamos en el gasto sanitario público hospitalario a la media de los países europeos de la OCDE, en gasto sanitario público ambulatorio seguimos bien lejos. España es más rica, pero la riqueza en el sector sanitario se ha empleado básicamente en los hospitales. Es más, las CCAA que pueden, las más ricas, tienen un gasto orientado todavía más a los hospitales (2). Parece que la opción por la Atención Primaria es cuestión de CCAA pobres, envejecidas y/o gobernadas por la izquierda (2-5). Esta orientación positiva hacia la Atención Primaria se traduce en más presupuesto, más personal, más puntos de atención, más acceso a pruebas diagnósticas y mayor satisfacción de la población con los servicios de primaria. Por ello, las CCAA que han sido/son gobernadas por la derecha (especialmente Baleares, Canarias, Comunidad Valenciana, Galicia y Madrid) se alejan todavía más de una Atención Primaria "europea".

Querriamos una Atención Primaria en España que, además de ser el eje retórico del sistema sanitario, contase con un presupuesto creciente, hasta quizá el 25% del total del gasto sanitario. Querriamos una Atención Primaria en España que no dependiese tanto del color político del partido gobernante en cada Comunidad Autónoma. La reforma de 1984 no lo ha logrado, lamentablemente.

Un doble sistema (*a two tier system*)

En teoría, existe en España un sistema sanitario único, público y universal, que cubre al 100% de la población. Es un enorme desprestigio para lo público que incluso quienes administran el sistema sanitario (los funcionarios) "escapen" en más del 90% del sistema público, a través de mutualidades como MUFACE y similares (6,7).

En este "escape" no ha tenido el menor impacto la reforma de 1984, que no moderó el rechazo a la Atención Primaria a lo largo de los años. Por supuesto, también escapan los políticos con sus privilegios y pólizas privadas. Y estos mismos promueven el abandono por los profesionales y trabajadores a través del incentivo fiscal de desgravaciones en beneficios o ingresos para empresas y personas con doble cobertura (6,8). Claramente, el sistema se descrema. Es un doble sistema, "*a two tier system*".

La Atención Primaria queda para "la gente" (viejos, inmigrantes, marginados y pobres) y la clase media y alta esquiva los inconvenientes de una organización defectuosa (9). Pero entre la "gente" tampoco se incluyen los "insignificantes" (putas, drogadictos, vagabundos y otros) que reciben sus cuidados de ONG y de urgencias hospitalarias. Irónicamente, la Atención Primaria, rechazada por las clases media y alta, rechaza a quienes tenía que ofrecer acceso preferente.

A lo largo de las últimas décadas nunca se han intentado modificar las "válvulas de escape" citadas, para las clases media y alta, e incluso se han potenciado, con el incentivo fiscal comentado, implantado y mantenido con independencia de la opción política de los gobernantes estatales (8). Así pues, los pacientes que pueden "huyen" de la Atención Primaria pública y, en un círculo vicioso, contribuyen al descrédito de la misma, pues son las clases sociales altas las que atribuyen prestigio social a los especialistas, las clases que pueden pagar por duplicado la cobertura sanitaria (6,8).

Todo ello justifica, quizá, el abandono presupuestario de lo ambulatorio público, y su suplemento con dinero privado. Así, el escaso gasto público ambulatorio en España se compensa con un mayor porcentaje de gasto ambulatorio privado (57%), muy por encima de la media de los países europeos de la OCDE (32%) (1). Naturalmente, una consecuencia esperable es el mayor acceso a los especialistas por las clases altas españolas (10,11), puesto que lo que evitan es, justamente, la Atención Primaria pública. Por supuesto, el uso de los especialistas en el sector privado, con acceso directo, es mucho más incorrecto que en el sistema público, con acceso a través del filtro del médico general (10), pero esa es cuestión que no se analiza (9).

Incluso los médicos rechazan la Atención Primaria. Bien lo demuestran los cientos de plazas vacantes de Medicina de Familia y Comunitaria en las convocatorias MIR. Rechazan la especialidad los mejores (eligen otras) y los peores (dejan vacías las plazas).

Querriamos en España una Atención Primaria pública fuerte que, además de ser alabada por políticos y teóri-

cos, tuviera la calidad suficiente como para atraer a las clases medias y altas, funcionarios y médicos incluidos. Querriamos una Atención Primaria en España que cubriera la prestación de servicios de forma que el gasto privado se acercara a la media en Europa. Lamentablemente, la reforma de 1984 no lo ha logrado.

Puerta de salida

La correcta concatenación del trabajo de médicos generalistas y especialistas conlleva el mejor uso y disfrute del sistema sanitario. En términos estadísticos, lo prudente es concatenar el alto valor predictivo negativo de los médicos generales/de familia con el alto valor predictivo positivo de los especialistas (12,13).

En la práctica, un sistema de filtro de la Atención Primaria logra el aumento de la prevalencia, gravedad y complejidad de problemas de salud en los pacientes derivados a los especialistas, y ello se consigue en muchos casos muy eficientemente, por el buen uso de la información global que acumulan sobre los pacientes los generalistas, fundamentada en la longitudinalidad (la atención a lo largo de los años a todos los problemas) (14). Por ello, lo lógico es que la Atención Primaria sea la puerta de entrada al sistema sanitario. Sin embargo, en la práctica española, la Atención Primaria se convierte en la puerta de salida, con los médicos de cabecera actuando de amanuenses al servicio de los médicos especialistas, que "anclan" indefinidamente a los pacientes y prescriben medicamentos, bajas y procedimientos cuya rutina se añade, muchas veces, a la burocracia diaria que anula a los generalistas (6).

Los especialistas no trabajan como consultores de los médicos generales/de familia, pues ofrecen una suerte de continuidad innecesaria, sólo justificada por sus necesidades de agenda (los pacientes se convierte en "el combustible del sistema sanitario"). Son lógicas estas prácticas, y es lógica esta organización absurda pues la reforma española de 1984 fue una simple reforma pro-contenido, sin el mínimo contenido de reforma pro-coordinación (15-17). Es decir, se buscó en 1984 la mejora en la dotación y formación de la Atención Primaria, y se abandonó por completo la mejora de la capacidad de coordinación de los médicos de cabecera. Décadas después, el error se paga ante una morbilidad crónica y múltiple, característica prevalente en los pacientes del siglo XXI, que exige la figura de un médico general con autonomía, autoridad y responsabilidad, polivalente, capacitado para controlar científicamente y serenamente la incertidumbre, reconocido social y profesionalmente, y efectivo en la coordinación de los cuidados sanitarios y sociales que precisan los pacientes (9, 13). Este médico es, en casi el 100% de los países desarrollados, un médico de cabecera, un "médico personal", un profesional independiente, que trabaja por su cuenta, en equipos funcionales, bien lejos de la rigidez de los equipos de los centros de salud españoles en centros de salud públicos (9, 13, 17).

Contribuyen al papel de puerta de salida los problemas de accesibilidad, que llevan a los pacientes a urgencias (18), cuyas prescripciones y recomendaciones se ve obligado a cumplir posteriormente el médico de cabecera.

Las Consultas Hospitalarias de Alta Resolución (CHAR) son la mejor expresión del rechazo a la Atención Primaria por el propio sistema sanitario público, incluso por los gerentes y políticos que tendrían que potenciarla. Así, se crean consultas hospitalarias muy accesibles y resolutivas, las CHAR, para salvar las dificultades que conllevan los presupuestos ambulatorios insuficientes, y la ausencia de una Atención Primaria fuerte. El problema es que con ello se vuelven a restar oportunidades y posibilidades a la Atención Primaria, que de nuevo deviene en puerta de salida de las CHAR. Las CHAR probablemente ofrecen "excesiva" más que "alta" resolución, pues nada sabemos sobre su contenido y uso apropiado, pero son enormemente populares al ofrecer ese rápido y fácil acceso a los especialistas tan caro a los políticos y pacientes (y tan "caro" para la salud y el presupuesto, por su sobre-utilización) (13, 19,20).

La Ley de Dependencia (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia) hace evidente la posición periférica de la Atención Primaria, que también en este aspecto médico-social es y será "puerta de salida", en lugar de eje de la coordinación entre servicios sanitarios y sociales. Querriamos en España una Atención Primaria que fuera puerta de entrada, a través de la cual se tuviera acceso ordenado a cuidados apropiados sanitarios y sociales, escalonados según necesidad. Querriamos una Atención Primaria en la que los especialistas trabajasen de consultores para médicos generales/de familias capacitados, polivalentes, con autoridad y prestigio, capaces de coordinar todos los servicios que necesitan los pacientes, especialmente los crónicos con enfermedades varias. Querriamos un médico general/de familia profesional independiente, un "médico personal" que rompiera las trabas del trabajo en el equipo de los centros de salud. Querriamos en España una reforma pro-coordinación, de aumento del poder del médico de cabecera para ser responsable del acceso y uso ordenado de todos los servicios que precisan los pacientes. Querriamos una Atención Primaria en España que fuera también eje coordinador de los servicios sociales complementarios de los sanitarios. La reforma de 1984 no lo ha logrado, lamentablemente.

Mediatras

Es médico general/de familia el que presta servicios muy accesibles a toda la población, utilizados como primer contacto, sin distinción por problema de salud, ni por sexo ni por edad. El médico generalista atiende "desde la cuna hasta la tumba". Su campo de trabajo

se organiza por razones de eficiencia, según la prevalencia de las enfermedades (las raras e infrecuentes precisan de la asesoría del especialista) y el coste de los servicios (aquellos servicios costosos que sólo se justifican para grandes números deben agruparse apropiadamente en los hospitales) (13, 14, 21).

En España los pediatras han trabajado en el sistema público como una especie de "médicos generales de la infancia", algo insólito en los países con Atención Primaria fuerte, como Dinamarca, Holanda y el Reino Unido (8). La reforma de 1984 incrementó la "edad pediátrica" desde los siete a los catorce años. Posteriormente, incluso alguna Comunidad Autónoma la ha aumentado hasta los 18 años, y esa es la tendencia general. Con ello se limita por edad el campo de trabajo de los médicos generales/de familia, y los niños y adolescentes pasan a depender de un especialista que ni siquiera ha tenido el menor roce con la Atención Primaria en su formación. Los pediatras deberían estar recluidos en los hospitales, y trabajar como consultores de los generalistas, pero en España han invadido la Atención Primaria. Así, los generalistas devienen "mediatras", pues se les niega la atención a la población desde la cuna hasta la juventud. No existen razones científicas que justifiquen esta mutilación, y son intereses profesionales los que explican la anomalía.

Por razones varias también la atención toco-ginecológica suele quedar fuera del ámbito de la Atención Primaria en España, en vivo contraste con el trabajo de otros médicos generales de países desarrollados. Por ejemplo, la citología de cuello de útero es actividad rutinaria en la consulta del médico general inglés, los médicos generales portugueses son los que ponen los DIU, y los médicos generales australianos, canadienses y estadounidenses todavía atienden partos. Como "la costumbre hace ley", los médicos generales/de familia españoles han perdido el crédito social (y muchas veces las habilidades y conocimientos) para la atención toco-ginecológica. Es insólito el parto programado atendido por el generalista, y también es infrecuente, con las excepciones de rigor, la prestación por el mismo de servicios incluso elementales, como el seguimiento del embarazo-parto normal o la implantación de pesarios. Así, los generalistas españoles devienen "mediatras", pues se les niega la atención a pacientes por razón de sexo. No hay razones científicas para ello. Al contrario, por ejemplo, los embarazos y partos normales tienen mejor resultado en salud cuando son atendidos por matronas y médicos generales. La falta de atención generalista explica, en parte, el encarnizamiento diagnóstico y terapéutico toco-ginecológico con las mujeres, bien evidente en los ejemplos del abuso de la episiotomía y de la terapia hormonal en la menopausia (22).

Las deficiencias en la atención a domicilio de los pacientes terminales han llevado al desarrollo de una su-

perestructura, complementaria a la Atención Primaria, los Equipos de Soporte de Atención a Domicilio (ESAD). Se han introducido los ESAD en lugar de re-formar el ejercicio de los médicos generales/de familia para exigir una prestación de atención de calidad "antes de la tumba". Se entra con ello en un círculo negativo, pues así se confirma al médico de cabecera que los terminales no son "suyos" (no será porque la muerte sea infrecuente, evidentemente). Los generalistas españoles devienen "mediatras" y abandonan la atención de sus pacientes justo en un momento crucial de la vida. Morir con dignidad en casa se convierte casi en un imposible (23).

Querriamos en España una Atención Primaria con médicos que prestasen atención "desde la cuna hasta la muerte" a pacientes sin distinción de problemas, ni edad, ni sexo. Querriamos médicos generales/de familia que se hiciesen cargo de los niños, y para los que trabajasen los pediatras como especialistas consultores. Querriamos una Atención Primaria prestigiada socialmente, de forma que fuera el lugar de la prestación de servicios de toco-ginecología básicos por médicos generales/de familia competentes también en ese campo. Querriamos que morir con dignidad en casa no fuera *rara avis*, sino algo siempre posible, con los servicios de una Atención Primaria científica, fuerte y humana. Lamentablemente, la reforma de 1984 no lo ha logrado.

Totum revolutum

Los servicios clínicos sanitarios en Atención Primaria son básicamente servicios médicos personales, las figuras centrales son el paciente y el médico, y el acto clave es el encuentro (la relación profesional en la consulta o el domicilio del paciente). Estos tres hechos fueron ignorados en la Declaración de Alma Ata, de 1978, que planteó una Atención Primaria pobre y confusa (9, 13, 24). En un revoltijo teórico se mezcló sin orden ni acierto comunidad, prevención, promoción, salud, integralidad, atención, participación y demás (13). Al seguir esa Declaración, siquiera teóricamente, sumada a la influencia cubana del momento, no fue extraño que el inicio de la reforma de 1984 en España conllevara la pérdida de cientos de miles de horas de trabajo de médicos y enfermeras de Atención Primaria en los "diagnósticos comunitarios de salud", ejercicios vanos que se llevaron las ilusiones de muy buenos profesionales. En la estela de aquellos "diagnósticos comunitarios" abandonados colgaban la promoción y la prevención, dos actividades que se quedaron para siempre, por más que carecieran y carezcan en general de fundamento científico.

Se quedó la prevención, convertida en un dogma, "más vale prevenir que curar", falso muchas veces (25). Por consecuencia de la introducción acrítica de la

prevención y de la promoción de la salud en la práctica clínica diaria, las consultas médicas de Atención Primaria se han llenado de "naderías", con abandono relativo de la clínica (6). Es decir, el médico atiende problemas, menores y mayores, que debería seguir la enfermera (que no tiene tiempo, "okupada" en el cumplimiento de protocolos con actividades preventivas y de promoción de la salud múltiples para un pequeño grupo de población cumplidor de sus citas), sufre una burocracia casi infinita, y cumple pautas preventivas que en su mayoría carecen de fundamento científico (6, 26). La atención a todas estas cuestiones irrelevantes (el control de pacientes "hipertensos", o la atención al "colesterol", como ejemplos) conlleva la plena ocupación del tiempo profesional, por lo que se requieren 10 minutos y más por encuentro. Se forman así "colas" en Atención Primaria, y ya es raro el paciente que pide cita y puede ser visto en 24 horas (las colas llegan a ser de hasta 15 días, para ver al propio médico de cabecera). Los médicos generales/de familia devienen por este proceso en "mediatras" que prestan atención sólo a los pacientes crónicos estabilizados que pueden cumplir con las citas y "okupan" las agendas con poca justificación científica (los demás pacientes, agudos y crónicos desestabilizados, terminan en algún servicio de "urgencias", bien médicos generales a turnos para los "sin cita", bien servicio de urgencia propiamente dicho).

Las nuevas tecnologías potencian las actividades preventivas irrelevantes y terminan de ofuscar al médico general/de familia, que confunde, por ejemplo, tablas de riesgo con tablas de decisión (grave error) (27), y se aplica enconadamente al control de los "factores de riesgo cardiovascular", en lugar de, por ejemplo, centrarse en manejar adecuadamente la insuficiencia cardíaca. Todo ello "crece" con incentivos que fomentan estos mismos procesos, justificados por "la carga de trabajo", y no por su impacto en la salud de la población (28, 29). Los médicos generales/de familia, sutil pero no inocentemente manipulados por la industria, terminan creyendo que los factores de riesgo son enfermedades, y que las "pre-enfermedades" tienen existencia real, lo que lleva la medicalización de la vida diaria (30).

En prevención, falta la más mínima priorización (31), por lo que el *totum revolutum* preventivo es mayúsculo, y arrastra a una práctica clínica pobre y confusa.

Querriamos una Atención Primaria en España centrada en la clínica, con una enfermería potente en el seguimiento de todo tipo de pacientes. Querriamos que la Atención Primaria ofreciera sólo actividades preventivas priorizadas, con impacto importante en la salud; sobre todo que ofrecieran prevención cuaternaria (la que limita los efectos perniciosos de la propia intervención sanitaria). Querriamos que las consultas médicas de Atención Primaria no tuvieran lista de espera. La reforma de 1984 no lo ha logrado, lamentablemente.

Conclusión

La reforma de 1984 de la Atención Primaria española ha sido evaluada desde distintos puntos de vista, y obtiene una puntuación notable (5,7,32,33). Sin embargo, fue una reforma "mirando al pasado", anclada en el modelo franquista, sin fundamento científico, sin presupuesto suficiente, con médicos generales/de familias funcionarios, mediatras, sin poder de coordinación, convertidos en "puerta de salida" en un sistema sanitario "doble", del que escapan los funcionarios y las clases media y alta.

La Atención Primaria ha descuidado la clínica, dedicada en exceso a una prevención no priorizada y a unos pacientes crónicos estabilizados que precisan en realidad de pocos cuidados. La necesaria Atención Primaria en España debería mirar al futuro, y resolver los problemas que ha dejado/creado la reforma de 1984 (5-8,13-16,32). Precisamos de un "médico personal" autónomo, profesional independiente, polivalente, científico y humano, libre de las ataduras de los equipos de centros de salud.

Bibliografía

- (1) Simó J, Gervas J, Seguí M, de Pablo R, Domínguez J. El gasto sanitario en España en comparación con la Europa desarrollada, 1985-2001. La Atención Primaria española *Cenicienta* europea. *Aten Primaria*. 2004;34:472-81.
- (2) Simó J. El gasto sanitario en España, 1995-2002. La Atención Primaria, *Cenicienta* del Sistema Nacional de Salud. *Aten Primaria*. 2007;39:127-32.
- (3) FADSP. Informe: Evaluación de la Atención Primaria en las CCAA. Madrid: FADSP; 2007. En www.fadsp.org/pdf/APCCAA07.doc
- (4) Martín M, Sánchez-Bayle M, Palomo L. El desarrollo de la Atención Primaria en relación a la orientación política de los Gobiernos Autonómicos. *Aten Primaria*. 2008 [en prensa].
- (5) Gervas J. La práctica clínica (acceso y proceso). En: Navarro V y Martín Zurro A (coordinadores). *La Atención Primaria de Salud en España y CCAA*. Barcelona: Generalitat de Catalunya-IAPS; 2008 [en prensa].
- (6) Gervas J, Starfield B, Minué S, Violán C, Seminario Innovación Atención Primaria 2007. Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la Medicina General/de Familia. *Contra el descrédito del héroe*. *Aten Primaria*. 2007;39:615-8.
- (7) Rico A, Freire JM, Gervas J. El sistema sanitario español (1976-2006): factores de éxito en perspectiva internacional comparada. En: Espina A (coordinador). *Estado de bienestar y competitividad. La experiencia europea*. Madrid: Fundación Carolina-Siglo XXI; 2007, pp. 401-44.
- (8) Navarro V. La sanidad española. En: *La situación social en España II*. Navarro V (coordinador). Madrid: F. Largo Caballero-E. Biblioteca Nueva; 2007, pp. 293-316.
- (9) Gervas J. Atención Primaria de Salud en Europa: tendencias a principios del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma Ata. *SEMERGEN*. 2004;30:245-57.
- (10) Rodríguez M, Stoyanova A. The effect of private insurance on the choice of GP/specialists and public/private provider in Spain. *Health Econ*. 2004;13:689-703.
- (11) van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*. 2006;174:177-83.
- (12) Gervas J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los na-

vegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria*. 2005;35:87-90.

(13) Gervas J, Pérez Fernández M. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9:384-400.

(14) Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clín (Barc)*. 1996;106:97-102.

(15) Rico A, Saltman RB, Boerma WGW. Organizational restructuring in European health care systems: the role of primary care. *Social Policy Adm*. 2003;37:592-608.

(16) Freire JM, Gervas J. La atención primaria en el sistema nacional de salud español. En: *La medicina de familiar en los albores del siglo XXI*. García Peña C, Muñoz O, Durán L, Vázquez F (editores). México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2006, pp. 477-503.

(17) Gervas J, Rico A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la atención primaria. *SEMERGEN* 2005;31:418-23.

(18) Oterino D, Baños JF, Fernández B, Rodríguez A, Peiró S. Urgencias hospitalarias y de atención primaria en Asturias: variaciones entre áreas sanitarias y evolución desde 1994 hasta 2001. *Gac Sanit*. 2007;21:316-20.

(19) Gervas J, Palomo L. ¿Alta o excesiva resolución? *Med Clín (Barc)*. 2002;119:315.

(20) García Encabo M. Entre los deseos y los pronósticos en atención primaria. *El Médico*. 2007;1015:8-15.

(21) Gervas J, Ortún V. Caracterización del trabajo del médico general/de familia. *Aten Primaria*. 1995;16:501-6.

(22) Pérez Fernández M, Gervas J. Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres. *SEMERGEN*. 1997;25:239-48.

(23) Gervas J. Morir en casa con dignidad. *Acta Sanitaria*, 1 diciembre 2007. En: http://www.actasanitaria.com:80/actasanitaria/frontend/desarrollo_noticia.jsp?idCanal=10&idContenido=5901

(24) OMS/UNICEF. *Alma Ata 1978. Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS; 1978.

(25) Gervas J, Pérez Fernández M, González de Dios J. Problemas prácticos y éticos de la prevención secundaria. A propósito de dos ejemplos en pediatría. *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81:345-52.

(26) Gervas J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit*. 2006;20(Supl 1):127-34.

(27) Raily B, Evans AT. Translating clinical research into clinical practice: impact of using prediction rules to make diagnosis. *Ann Intern Med*. 2006;144:201-9.

(28) Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payment in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gain? *J Health Serv Res Policy*. 2006;11:27-31.

(29) Gervas J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA. Seminario Innovación Atención Primaria 2007. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81:589-96.

(30) Gervas J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit*. 2006;20(Supl 3):66-71.

(31) Satcher D. Priorities among effective clinical preventive services. A commentary. *Am J Prev Med*. 2006;31:97-8.

(32) Gervas J, Pérez Fernández M, Palomo Cobos L, Pastor Sánchez R. Veinte años de reforma de la atención primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. En www.diezminutos.org].

(33) Lorenzo-Cáceres A, Otero A. Publicaciones españolas sobre evaluación de la atención en España tras veinte años de reforma (1984-2004). Análisis temático y bibliométrico. *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81:131-45.

COMENTARIO SOBRE "LA NECESARIA ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA"

Construyamos sobre los efectos positivos de la reforma

Los dos escritos tienen coincidencias (bajos presupuestos, necesidad de potenciar la clínica, papel enfermería), pero también desavenencias: el papel del médico de familia, la incursión de otros profesionales en la APS. Coincidimos con nuestros amigos Gervas/Pérez que la reforma de la atención primaria de los ochenta supuso un gran paso adelante (1), e incluso compartimos con ellos la nostalgia por un médico de familia que hiciera el seguimiento del individuo a lo largo de toda su vida, las 24 horas del día, actuando de referente para todo nuevo problema de salud. Esta decepción la han experimentado la mayoría de países desarrollados que tampoco han podido desarrollar este perfil (2). La experiencia nos muestra que un sistema de trabajo excesivamente fiel a estos principios favorece las deserciones profesionales (3, 4). Recordemos en nuestro caso la experiencia de los médicos de APD, o la crisis actual con la Atención Continuada. Un médico de familia contratado directamente por el SNS implicaría "mutualizarlo", acentuando estas dificultades, aislándolo y degradando su calidad de vida profesional.

La forma de proveer servicios cambia atendiendo a las variaciones en las necesidades de salud, las demandas ciudadanas y las oportunidades que brindan las tecnologías. Por ello no nos sorprende que surjan nuevas "puertas de entrada". El reto de la nueva atención primaria consiste en gestionarlas, no eliminarlas. El sueño de Gervas/Pérez en el sentido de hacerlas desaparecer, también crearía sus monstruos (peores). Nuestra posición es más flexible: veamos qué aportan, evaluémoslos, y tengamos al ciudadano como mejor juez de nuestros aciertos y errores.

Francesc Borrell Carrió

Médico de Familia, ICS, Profesor Departament Ciències Clíniques, Universitat de Barcelona

Joan Gené Badia

Médico de Familia, CAPSE, Profesor Departament Salut Pública, Universitat de Barcelona

(1) Borrell F. La reforma de la atención primaria supuso un gran paso adelante en la dirección correcta. *Cuadernos de Gestión*. 1996;2(4):225-231.

(2) Showstack J, Rothman AA, Hassmiller S. Primary care at a crossroads. *Ann Intern Med*. 2003 Feb 4;138(3):242-3.

(3) Whitcomb ME, Cohen JJ. The future of primary care medicine. *N Engl J Med*. 2004 Aug 12;351(7):710-2.

(4) Lambert TW, Evans J, Goldacre MJ. Recruitment of UK-trained doctors into general practice: findings from national cohort studies. *Br J Gen Pract*. 2002 May;52(478):364-7:369-72.