

LA ATENCIÓN PRIMARIA del futuro



Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública
C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid
Tel.: 91 333 90 87. Fax: 91 437 75 06.

www.fadsp.org
fadspu@teleline.es

Colabora:

Fundación para la Investigación, Estudio y Desarrollo de la Salud Pública



Federación
de Asociaciones
para la Defensa
de la Sanidad Pública

CENTRO DE SALUD

Para algunos de nosotros, la imagen actual de la atención primaria (AP) se empezó a forjar en los años 70, cuando todavía estábamos en la facultad. La figura paternalista y amable del médico de cabecera, transportando su maletín de aviso en aviso por las calles de los pueblos, o la más hosca y envuelta en humo del médico de cupo urbano, o la del practicante administrando inyectables, se empezaron a difuminar con la lectura de algunos textos que aparecían en revistas minoritarias, como *Encrucijada*, vinculada a los Colegios Familiares Rurales y a movimientos católicos, firmados por un médico que ejercía por la Comisa Cantábrica que ya hablaba de participación comunitaria, de equipos de salud o de educación para la salud. En el año 1978 tuvo lugar la conferencia de Alma Ata que inspiró las primeras intervenciones en la comunidad, como la de aquel célebre grupo de médicos de Montánchez (Cáceres) o como el estudio promovido por el Colegio de Médicos de Barcelona (1), y a partir de la cual se produjo el verdadero despegue de una nueva concepción de la atención primaria. En su última conferencia mundial, la OMS insiste en que hay que reforzar los sistemas basados en la atención primaria, cuyos principios continúan vigentes: accesibilidad, longitudinalidad, papel de puerta de entrada en el sistema, cobertura universal en base a las necesidades, equidad en materia de salud, participación comunitaria y enfoque intersectorial (2).

Las Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (ADSP) han crecido en España desde primeros de los años 80 a la par que se ha ido modificando la atención primaria, de forma que para nosotros ha sido natural impulsar los fundamentos de la atención primaria y la declaración de Alma Ata. Los miembros de las ADSP que trabajamos en atención primaria hemos vivido con entusiasmo y grandes dosis de voluntarismo el proceso de reforma. Hemos participado del impulso vital de los primeros años y del decaimiento de los años 90. Hemos disfrutado con algunos logros, nos hemos desesperado por las mejoras que no llegaban y hemos cumplido trienios como única recompensa a nues-

tra fidelidad y nuestra fe en el modelo reformado de la atención primaria. Aunque las decepciones llegaron pronto, porque las promesas políticas no se acompañaban de suficiente respaldo económico debido al auge de las políticas neoliberales de finales de los 80, todavía **seguimos confiando en la capacidad transformadora de la atención primaria**, aunque reconozcamos que algunas esperanzas fueron ilusorias, o aunque la lógica de la evolución social haya hecho rebajar nuestras expectativas, situando nuestro papel en una realidad más pragmática, donde comprendemos que la atención primaria no puede hacer todo por la salud ella sola: curar y cuidar, promover y educar para la salud, por lo que debe engarzarse con otros servicios sociales y con otros mecanismos de promoción y de participación.

LA ATENCIÓN PRIMARIA SEGUIRÁ SIENDO ESENCIAL

En 1994, mediante el análisis comparado de indicadores sanitarios, la profesora Starfield llegó a la conclusión de que **los países que disponen de una atención primaria potente consiguen mejores niveles de salud, mayor satisfacción de la población con sus sistemas sanitarios, y menores costes del conjunto de los servicios** (3).

En España, **la situación sanitaria es buena**. La medición de 16 indicadores de salud, como el porcentaje de niños con bajo peso al nacer, la mortalidad neonatal e infantil y los años de vida potencialmente perdidos (excluyendo causas externas), la mortalidad posneonatal y la esperanza de vida al año, la esperanza de vida a los 15 años, la esperanza de vida a los 40 años, la mortalidad ajustada por edad, la expectativa de vida a los 65 años y la expectativa de vida a los 80 años, nos sitúa en la sexta posición, por detrás de Japón, Suecia, Canadá, Francia y Australia, y por delante de Finlandia, Holanda, Reino Unido, Dinamarca, Bélgica, EEUU y Alemania (4).

La contribución de la atención primaria a estos resultados en salud ha sido esencial, a juzgar por el índice que mide el grado de desarrollo de la atención primaria, obtenido al comparar 10 indicadores en 18 países de la OCDE, seguidos durante 28 años, mediante análisis de regresión, los sistemas

de salud más orientados a la atención primaria tienen tasas de mortalidad más bajas, la mortalidad prematura por todas las causas es menor y, lo que es más interesante, es más baja la mortalidad prematura prevenible o tratable por causas específicas, como asma, bronquitis, enfisema, neumonía y enfermedades cardiovasculares y coronarias. Los países estudiados se ordenaron, de mayor a menor, según su grado de orientación hacia la atención primaria: Reino Unido, Dinamarca, España, Holanda, Italia, Finlandia, Noruega, Australia, Canadá y Suecia. Quedaron por debajo de la media estudiada Japón, Portugal, Bélgica, Grecia, EEUU, Alemania, Suiza y Francia. Los autores de este informe concluyen que una mejor salud de la población se relaciona con un buen sistema de atención primaria y con sus características de longitudinalidad, coordinación entre niveles, orientación familiar-comunitaria y facilidad en el acceso geográfico (5).

A estos datos tan estimulantes hay que añadir, en el caso de España, **los elevados niveles de satisfacción de los ciudadanos, que suelen superar el 70%** de personas satisfechas con la atención recibida en las distintas encuestas que se realizan al efecto, y el **bajo coste de los servicios de atención primaria y del sistema sanitario en general**. A juzgar por el último informe de la OCDE, el gasto público ambulatorio per cápita en España estaba en el año 2001 en 180 \$, muy por debajo de la media europea que estaba en 312 \$, un 57% de la media, mucho menos de lo que nos correspondería por nuestro nivel de renta (6). El porcentaje del PIB dedicado al gasto sanitario total es de 7,5% en España, frente al 8,26% de media en los países de la Unión Europea (UE de 15 miembros) y al 8,4% de los países de la OCDE. También estamos claramente por debajo de la media de la UE en gasto sanitario por habitante, donde ocupamos el penúltimo lugar con 1.556 \$/habitante en España, frente a 2.027 \$ de media en la UE (intervalos de confianza del 9 % de 1.793-2.261 \$/ habitante). También estamos por debajo de la media europea en porcentaje de gasto sanitario debido al esfuerzo público, que supone un 5,4% del PIB en España (lo que significa el 71,4% del total del gasto sanitario) y un 5,94% en los países de la UE, que supone el 74,45% del total del

gasto (7). En términos de eficiencia, un análisis económico aplicado a los sistemas nacionales de salud, nos sitúa en el sexto lugar del mundo, por detrás de Omán, Malta, Italia, Francia y San Marino (8).

Otra contribución esencial de la atención primaria, gracias al impulso que vivió en los años 80, se debe a que **con la implantación de los centros de salud y de los equipos de atención primaria, y con la universalización de la asistencia, mejoraron los niveles de equidad horizontal**, porque el incremento de las estructuras y la facilidad en el acceso permitió a las personas de menor renta y nivel de información compensar el infraconsumo de otros servicios (9).

DESPEQUE Y CRISIS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA ESPAÑOLA

El impulso de la reforma de la atención primaria se produjo en la década de los 80. Fue un período caracterizado por su elevado contenido teórico, con constantes y repetidas alusiones a Alma Ata y al Decreto 137/84.

Una segunda etapa de estancamiento se corresponde con las fases de ralentización y cambio de planteamientos de la reforma y abarca la década de los 90, y tiene que ver con las políticas orientadas a abrir al mercado los sectores públicos y con las conclusiones del conocido como Informe Abril». Lo más característico de esta etapa es la aparición de la cartera de servicios y del contrato-programa como instrumentos de gestión, porque se pensaba que el nuevo modelo no había resuelto todos los problemas de la atención primaria, aunque se le reconocían evidentes mejoras. El contrato-programa se perfila como un instrumento de gestión que permitirá en el futuro la descentralización y/o auto-gestión de los centros de salud, potenciando la atención curativa, relegando las actividades de prevención-promoción y prestando escasa importancia al papel de enfermería, a pesar de haberse señalado su elevada contribución al cumplimiento de la cartera de servicios.

Actualmente se está dando marcha atrás en algunas de las razones ideológicas que estuvieron en los fundamentos de la reforma. Así, por ejemplo, a las actividades de prevención,

promoción y educación para la salud se les resta importancia en favor de la potenciación de servicios predominantemente curativos (consultas, atención domiciliaria, urgencias...), con mayor protagonismo médico y, al parecer, más cercanos a las demandas de la población. Por otro lado, se pone en entredicho el papel de la enfermería, aduciendo, entre otras razones, la escasa demanda, su poca participación en tareas burocráticas y la indefinición de su papel (10).

Desde hace años se echan en falta estrategias claras de desarrollo de la atención primaria; la ausencia de propuestas creativas, el adocenamiento profesional, en parte obligado por el propio envejecimiento de los profesionales, la desilusión por la falta de liderazgo de los gestores, la impotencia ante las crecientes demandas de la población, por la medicalización de los problemas sociales y por la conversión de los servicios asistenciales en bienes de consumo ilimitados, conducen al desánimo a buen número de profesionales. Por otra parte los políticos y gestores se quejan de que se dispara el gasto sanitario, los pacientes tardan mucho en recibir la atención que creen necesitar (listas de espera) y los especialistas y los hospitales critican la falta de filtro en la AP. ¿Cómo explicar que ante tan buena situación sanitaria y de la AP existan tantas críticas y manifestaciones de descontento? ¿Qué pasa en AP para que, aún cumpliendo los postulados de B. Starfield: buenos indicadores de salud, elevado nivel de satisfacción poblacional y bajo coste, surja el descontento profesional? Una lectura esperanzada de las críticas nos indican que hay capacidad de mejora: que en AP hay margen para hacer más y mejor las actividades profesionales. La realidad nos muestra, por el contrario, que nuestro gasto ambulatorio público como parte del PIB es muy inferior al promedio europeo y, en términos per cápita, muy inferior a nuestra renta; que nuestro gasto ambulatorio privado es de los más altos de Europa y, en relación con ella, muy superior a nuestra renta, al contrario que su homónimo público, y que, respecto a los recursos públicos comprometidos, la reforma de la atención primaria española no ha servido para aproximarla a Europa, porque la distancia entre España y Europa en el

esfuerzo público ambulatorio es incluso mayor que la que había al inicio de la reforma (11).

ALGUNOS PROBLEMAS ACUCIANTES

Un factor que condiciona el aumento de las necesidades de la AP es el envejecimiento de la población. El porcentaje de mayores de 65 años es del 17% y la media en la Unión Europea del 15,71%. Aunque el incremento del gasto sanitario anual atribuible al envejecimiento sólo alcance un 0,7% anual, el problema será la atención sociosanitaria de estos pacientes, según un informe del BBVA (12), por los nuevos costes previsible, si se quiere mantener esta asistencia dentro de las competencias de la AP. Paradójicamente, el gasto social ha bajado del 24% al 19,2% del PIB entre 1993 y 2000, según el informe de V. Navarro y cols. (13).

En EEUU, mediante el análisis de series históricas y de sus perfiles de gasto por tramos de edad, se ha podido demostrar que el grueso del rápido incremento anual del gasto registrado durante las últimas décadas no se debe al envejecimiento de la población, sino a la difusión de nuevas tecnologías sanitarias, a menudo muy efectivas pero también muy costosas, a la distribución asimétrica del poder en el mercado sanitario, que favorece a la oferta por encima de la demanda, y a la escasez de personal dispuesto a trabajar en el sector sanitario, lo que empuja al alza los costes unitarios del mismo por tratarse de un sector intensivo de mano de obra (14). Para algún economista, el recurso al envejecimiento para explicar las tasas de crecimiento del gasto sanitario es una cortina de humo, porque el envejecimiento demográfico es un proceso demasiado lento y gradual como para explicar las elevadas tasas de crecimiento de gasto registradas en estos últimos años en la mayoría de los países de la OCDE (15).

Los problemas cotidianos que nos acucian atañen tanto a las limitaciones a la actividad clínica como a inconvenientes organizativos y han sido brillantemente descritos en algún artículo anterior (16). Las dificultades más importantes del momento se podrían clasificar en:

Problemas de orientación y objetivos

Desde hace años las diferentes administraciones están apostando por un modelo sanitario neoliberal, empresarial y economicista, y van abandonando progresivamente la orientación salubrista y de resolución de problemas de salud de la atención primaria, supeditando todo al control del gasto y no al beneficio social y en salud que éste representa.

Problemas estructurales

Problemas de edificios y espacios adecuados. Tacañería manifiesta en dotación de equipamientos. Faltan recursos humanos, en cantidad y en formación y cualificación, y no están adecuados a las necesidades de las distintas comunidades y zonas. Todo ello aboca a la masificación y a la falta del instrumento básico para atender a los ciudadanos y pacientes: **tiempo suficiente por consulta.**

Problemas de proceso

El modelo de atención a la salud: Domina el paternalista sobre el de capacitación («empoderamiento») y de desarrollo de la autonomía del paciente. Hemos generado un **alto nivel de dependencia profesional.**

La dinámica del trabajo de equipo (EAP) presenta obstáculos como son, entre otros, el tamaño excesivo de algunos equipos, el cual es generador de ineficacia o ineficiencia; la estructura multiprofesional del equipo con personal de diferentes niveles de formación y motivación; la falta de definición de objetivos comunes, tareas a realizar y roles de cada componente, con distribución heterogénea de las cargas de trabajo y participación desigual de los componentes en las tareas conjuntas; falta de objetivos y de formación para el trabajo en equipo; problemas de comunicación, presentando la dinámica interna de la mayoría de los equipos, limitaciones organizativas y de coordinación.

Cabe destacar el deterioro del trabajo en equipo multiprofesional como expresión de una vuelta a la hegemonía del enfoque biomédico y la falta de relevancia del enfoque biopsicosocial que intentaba introducir al reforma de la AP en nuestro país. Se puede caracterizar este aspecto, entre

otros puntos, por la ausencia de otros profesionales en los EAP o de unidades de apoyo, por ejemplo trabajadores sociales, psicólogos, fisioterapeutas. También la falta de definición de roles y el desarrollo de la coordinación intersectorial y la dinámica grupal.

La pérdida progresiva y debilitamiento del enfoque y abordaje familiar en el trabajo de los centros de salud y en el EAP se hace notar por la falta de formación y metodología, registros inadecuados, sistema de información sanitario no favorecedor y falta de programación de tiempos en agendas.

En cuanto a los programas de salud y guías clínicas de actuación, la cobertura y la calidad de la asistencia han mejorado notoriamente respecto al modelo anterior, pero se mantienen ineficiencias, como heterogeneidad en su aplicación o inadecuación a la evidencia científica entre otras. Se constata la progresiva pérdida de programas integrales de salud y su conversión en protocolos diagnósticos y de tratamiento biomédico. Por último remarcar la disminución o el poco desarrollo del enfoque promotor de la salud de todo el modelo, cuya expresión ha sido la pérdida del desarrollo de los programas integrales de salud y la debilidad del trabajo intersectorial y de la actividad y participación comunitarias.

La progresiva masificación de los centros afecta de forma manifiesta a la efectividad y eficiencia del sistema. La práctica clínica y la actividad de consulta se encuentra mediatizada en demasía por el tiempo y el número de pacientes a atender y las actividades a realizar. La gestión de la actividad clínica es en ocasiones rígida, ineficiente y sujeta a limitaciones.

Los sistemas de información y de registro están mal diseñados para un abordaje familiar y social. No están estructurados para el análisis adecuado de los determinantes en salud y para la programación en salud. Todo ello aboca a masificación y falta del instrumento básico para atender a los ciudadanos y pacientes: **tiempo suficiente por consulta.**

Los programas de formación continuada y de capacitación para responder a los cambios científicos y tecnológicos están mediatizados por las dinámicas, en general muy agresivas, de la industria farmacéutica y tecnológica.

El papel de la AP de coordinador de la asistencia a los pro-

blemas de salud de los ciudadanos no consiguió alcanzar la hegemonía debida, lo cual implica peor resolución de los problemas de la población, ineficiencia del sistema y menor grado de satisfacción que la población expresa.

La coordinación con el nivel especializado, con la atención de urgencias y con los servicios sociales presenta muchas dificultades y barreras motivadas por causas distintas, entre las que cabe destacar: diferencia de poder y prestigio de los dos niveles asistenciales en el abordaje de los problemas de salud y en la conciencia colectiva social y profesional; especialización excesiva y fragmentación de la atención de la persona enferma; deficiencias en recursos; instrumentos de comunicación arcaicos o limitados (teléfono, no conexión en red informática...); dificultades de accesibilidad y diferencias en la organización de los servicios. Todo ello genera ansiedades e intranquilidad en los pacientes y familiares, deshumaniza la asistencia, aumenta los tiempos y listas de espera contribuyendo a duplicar y malgastar recursos y medios diagnósticos, a encrespar las relaciones profesionales y a desmotivar y, en definitiva, a obtener resultados peores en salud y en calidad de vida.

Nuestra propuesta es que el médico de cabecera se convierta en el **responsable y mediador del paciente dentro del sistema**. También es importante que la relación entre los distintos niveles asistenciales tenga un carácter cooperativo y longitudinal, que incida tanto en el paciente como en el proceso, superando la división tradicional de categorías e instituciones. Esto es, un modelo cuyo fundamento es la **continuidad asistencial**, que ha probado su superioridad incluso en contextos privados, con resultados sanitarios y económicos mejores respecto a otros modelos organizativos. El ámbito de actuación está definido desde el año 86 por la LGS, el Área Sanitaria, pero hasta ahora no ha merecido suficiente atención de las autoridades sanitarias.

Problemas de resultados

Faltan por investigar las mejoras en los niveles de salud que nuestra organización produce, tanto a corto como a largo plazo. Señalar las insatisfacciones detectadas en los ciu-

dadanos relativas al trato recibido, a la información que reciben, al escaso tiempo y a la rapidez y calidad en la resolución de los problemas. Los ciudadanos valoran positivamente la continuidad de la atención por los mismos profesionales, el nivel de confianza que se puede llegar a alcanzar, los programas de atención y el nivel técnico.

Finalmente, los niveles de frustración, desmotivación e insatisfacción de los profesionales se encuentran en alarmante crecimiento.

SÍ NO HAY ÉTICA, TAMPOCO HAY CIENCIA

Durante la década de los 80, en el siglo pasado, la AP vivió en España un considerable desarrollo estructural, acompañado de la labor entusiasta de muchos jóvenes profesionales de medicina, de enfermería, de farmacia, de veterinaria o trabajadores sociales, que quisieron incorporarse a la AP porque creían en la importancia de este nivel asistencial, animados por un eslogan fuertemente movilizador: «Salud para Todos en el año 2000», por el reconocimiento de que el derecho a la asistencia sanitaria es un derecho humano fundamental y por la convicción de que la búsqueda del grado más alto posible de salud es un objetivo irrenunciable en todo el mundo. En los 90, los recortes presupuestarios y las políticas de ajuste trajeron la desinversión, la introducción de criterios gerencialistas en la medición de la actividad y el abandono de las referencias comunitarias.

Profesionales ya no tan jóvenes han visto pasar el tiempo sin que se hayan resuelto muchos de los problemas de la AP, como los enumerados anteriormente, con sus expectativas profesionales frustradas debido a la ausencia de promoción y empujados por nuevas generaciones de enfermeros y de médicos mucho más competitivos en lo profesional, con formación preferentemente clínica, más prácticos en lo personal y menos utópicos en su concepción de la AP. Sobre unos y otros recae la labor de aplicar cuidados personales en el primer eslabón asistencial, pero este eslabón está sufriendo fuertes presiones, como la falta de presupuestos, la presión demográfica del envejecimiento y de la inmigra-

ción o el incremento de los costes tecnológicos y de la factura farmacéutica. ¿Será capaz la AP española de seguir manteniendo los niveles de cobertura, de calidad y de eficiencia que la sitúan entre las primeras del mundo? ¿Serán capaces los profesionales de aguantar las fuertes presiones a que están sometidos por las demandas poblacionales y las exigencias administrativas? ¿Dónde encontrar argumentos para mejorar?

No parece que sea suficiente el recurso a la ética y a la búsqueda de la excelencia profesional (17), porque los profesionales dudan cuando la conciencia moral de su tiempo es ambigua en relación a lo que se espera de ellos y cuando no están definidas sus metas. Esta situación de crisis se agudiza cuando se carece de estímulos externos. La inexistencia de promoción mediante una carrera profesional y la falta de incentivos impulsados desde la administración sanitaria hacia unos profesionales que necesitan reforzar su autoestima para soportar la dureza de una actividad asistencial cargada de transferencias emocionales ahondarían esa crisis ética, en la cual el denominado síndrome «burn-out» sería su expresión más reconocible.

Habría que sumar a la ética, en lo profesional, la reivindicación, como compromiso con las necesidades sociales. Por eso, los buenos profesionales, en tanto tales y en tanto ciudadanos, tienen la necesidad de buscar la excelencia, pero también, si es necesario, deben recordar a los administradores sus incumplimientos y denunciar las deficiencias. En este sentido, la reivindicación «10 minutos por paciente» tiene un destacado valor simbólico al resumir en un mensaje la necesidad de mejorar la calidad de la atención, y es, hoy por hoy, la muestra más clara de que hay muchos profesionales que todavía tienen esperanza.

¿QUÉ SE DEBE ESPERAR DE LA ATENCIÓN PRIMARIA COMO ORGANIZACIÓN?

Los individuos y la población

Cuando una persona se siente enferma quiere saber dónde acudir en primera instancia; tener un fácil acceso a su

médico de cabecera, que estará ubicado en un edificio que no provoca rechazo (centro de salud atractivo y consultorio local dignamente construidos, amueblados y dotados técnicamente); quiere recibir un trato respetuoso del personal administrativo y auxiliar, ser atendido por un médico en quien confía, porque muestra interés por conocer sus problemas de salud cuando consulta rutinariamente (tiene tiempo para escuchar y para explicar); será un médico técnicamente capaz porque manejará con destreza y con seguridad la sistemática de las exploraciones clínicas y la utilización de pruebas complementarias, que puede solicitar sin trabas al hospital o centro diagnóstico de referencia, y que sabrá indicar un tratamiento o disponer una derivación cuando se necesite, facilitando el circuito diagnóstico y terapéutico. Cuando el paciente acuda espontáneamente a la consulta de un profesional, cuando solicite los servicios de enfermería, de farmacia, de veterinaria o de trabajo social, encontrará aceptabilidad, comprensión, capacidad técnica y ganas de agradar y de resolver sus problemas de salud.

En suma, el paciente querrá ser atendido por buenos médicos, farmacéuticos o enfermeros, que estarán dispuestos a hacer por él incluso algo más de lo que solicita, pero no más de lo que necesita, a juicio de esos buenos profesionales. En realidad, al paciente le gustaría que estos profesionales no perdieran la responsabilidad sobre la vigilancia de su salud, incluso cuando están siendo estudiados por el hospital, de manera que siempre estuvieran informados de su proceso, de manera que siempre pudieran recurrir a ellos para pedir opinión sobre una indicación diagnóstica o quirúrgica, de manera que la última palabra la tuviera el paciente, con el asesoramiento de sus profesionales de cabecera, que valorarán junto con el médico del hospital la pertinencia de tal o cual indicación.

La comunidad espera que los profesionales de AP lideren, o cuando menos sean copartícipes, todos los procesos sociales destinados a mejorar la salud colectiva: campañas vacunales o de detección precoz, movimientos de educación para la salud, ciudades saludables, etc., intervenciones vecinales o en organizaciones sociales o de afectados,

fomento de hábitos saludables en colectivos de riesgo o en grupos de enfermos, impulso a los organismos de participación comunitaria (consejos de salud)...

Los propios profesionales

Cualquier profesional que inicie sus primeros pasos por la atención primaria desearía empezar disponiendo de un bagaje formativo suficiente técnicamente y apropiado a las características, relaciones personales y procedimientos de la AP, generalmente muy distintos de los hospitalarios, por eso habrá completado su formación con los programas formativos adecuados (MIR, enfermería comunitaria); espera trabajar en un edificio suficiente y digno y con adecuados medios diagnósticos, o con facilidad para obtenerlos; le gustará conocer a las personas que tiene asignadas (trabaja con un cupo de pacientes, tanto si es médico como si es enfermero); sus relaciones contractuales serán dignas, aunque su situación laboral sea interina, o aunque su adscripción sea como personal de refuerzo; conocerá desde el principio las expectativas profesionales del sector donde trabaja: posibilidad de estabilidad laboral, promoción y carrera profesional, traslados, salarios y complementos, etc.; dispondrá de medios informáticos para resolver con agilidad las demandas burocráticas; sabrá las ayudas que puede obtener del personal auxiliar; dispondrá de tiempo suficiente para atender de manera competente y humana a los pacientes, pero también tendrá tiempo reconocido para la formación continuada y la investigación; conocerá los objetivos asistenciales y las previsiones de eficiencia de la organización, así como las exigencias de su empresa en cuanto a los indicadores de actividad y/o de resultados que se esperan de él, y los criterios de medición y las fuentes de obtención de esos indicadores; recibirá periódicamente información de sus parámetros de actividad laboral, como el perfil de prescripción, la distribución de sus derivaciones y de las pruebas complementarias que pide o la actividad resoluble en AP, pero innecesariamente derivada, etc. Sabrá, por vocación, que su misión es satisfacer las necesidades de los pacientes (y del servicio público que presta: justicia distributiva) y que su mayor satisfacción intrínseca se la proporcionará el trabajo

bien hecho, pero que si trabaja bien, si actúa como un profesional exigente consigo mismo y con las necesidades de la población y busca la mejora continuada de su labor, la organización dispondrá de recursos para proporcionarle reconocimientos externos.

Los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, etc.) se apoyan en valores que definen su compromiso profesional. El mantenerse fiel a ellos, más allá de un compromiso ético, es también su mayor fuerza social y garantía de la confianza de los ciudadanos. Es una profesión que exige esfuerzo, dedicación, estudio permanente, paciencia, dosis importantes de altruismo, voluntad de servicio, generosidad, honestidad, flexibilidad, sencillez y capacidad de aceptar los errores. En resumen, demanda de vocación que a su vez resulta gratificante.

Entre los valores podemos considerar como más importantes:

1. Compromiso con las personas. El ciudadano es el protagonista de la atención que se presta y son ellas las que dan sentido a nuestra profesión.
2. Compromiso social. Los profesionales tienen una responsabilidad social respecto al uso eficiente de los recursos y en evitar de forma activa la discriminación en el acceso a los servicios de salud. Conocedores de los factores determinantes de la salud, de sus implicaciones en los niveles de salud y de la naturaleza de la asistencia sanitaria, deberían estar implicados en el compromiso con la vida, ser «auxiliador de causas», y en la defensa de los sistemas públicos de salud, al ser los que mejor se adecuan a la naturaleza del proceso salud/ enfermedad.
3. Compromiso con la calidad. Se deben tomar decisiones sobre la base de pruebas científicas actualizadas. De ahí la necesidad de mantener actualizados los conocimientos, habilidades y actitudes profesionales mediante la formación y capacitación continuadas.
4. Compromiso con el desarrollo de las ciencias de la salud. Trabajo continuo por profundizar en el conocimiento de la salud y enfermedad, los factores causales y la forma de abordarlos adecuadamente.

5. Compromiso ético. Aplicar los principios éticos. Ser exigente con la administración sanitaria y con el resto de actores del sistema sanitario, para reivindicar su buen funcionamiento en beneficio de los ciudadanos.

La base de la función de los profesionales de la salud es contribuir mediante la relación interpersonal al abordaje de los problemas de salud de los individuos y la comunidad. En dicha relación podemos diferenciar el aspecto de la relación humana, el científico-técnico y el de agente intermediario.

Se puede decir que en el siglo XX las tareas de los clínicos venían determinadas por las variables siguientes:

- Estado del conocimiento sobre el problema de salud.
- Servicios sanitarios.
- Recursos disponibles.
- Diagnóstico del paciente y su situación clínica.
- Experiencia y el entrenamiento del clínico.

En el siglo XXI además de estas variables se incorporan nuevos factores, como el valor que el paciente da a la mejora de la salud y a los efectos adversos que pueden ocurrir como resultado del tratamiento; los recursos que el paciente tiene para participar en la toma de decisiones y el estilo de la relación que desea; la experiencia y habilidad del paciente en la toma de decisiones y en la gestión del cuidado y, finalmente, la experiencia del profesional y la actitud hacia el compartir la toma de decisiones.

El servicio público

La organización que presta servicios públicos tiene que generar confianza al profesional, para que éste se implique en los objetivos del servicio. La confianza se logra mediante el diálogo honrado y respetuoso entre clínicos y gestores, y con un trato laboral equitativo. El gestor no es honrado cuando oferta a los usuarios un mensaje de calidad aparente y de buen servicio, mientras obliga a los profesionales a trabajar de manera apresurada (mala calidad científica y humana). Si el gestor quiere mejorar la actuación del profesional debe facilitar la formación, preservar la motivación y eliminar o reducir barreras organizativas: mejorar la comunicación, reducir la burocracia, favorecer la coordinación

entre estamentos y dotar de tiempo suficiente para la asistencia (18).

¿QUÉ ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA SE ADIVINA?

Como **estructura**, el futuro de la atención primaria gravita sobre dos pilares: estimular la visión comunitaria de la asistencia y favorecer la integración de servicios asistenciales y sociales. En Canadá, país con un buen sistema nacional de salud, los expertos, después de revisar exhaustivamente los distintos modelos de atención primaria existentes, recomiendan que se adopte un modelo comunitario integrado, y que se abandonen las iniciativas de los noventa que recomendaban la mercantilización, la privatización de los servicios y la competencia entre proveedores, la integración vertical o el pago por acto, propios de los EEUU. Por el contrario, abogan por la coordinación asistencial, por compartir los sistemas de información, por la financiación capitativa que favorece la visión comunitaria y por incorporar al presupuesto de atención primaria la farmacia, las exploraciones complementarias y las derivaciones para favorecer la transferencia de servicios desde los hospitales a los equipos de atención primaria (19).

En EE.UU., los líderes de varias organizaciones de atención primaria proponen un nuevo modelo de práctica que tenga las siguientes características: Debe proporcionar cuidados médicos personales a domicilio, cuidados centrados en el paciente, un acercamiento en equipo, la eliminación de barreras de acceso, contar con sistemas de información avanzados, una orientación personal integral, provisión de cuidados en un contexto comunitario, dando importancia a la calidad y a la seguridad e incrementando la financiación (20). Además, la mayoría de los estadounidenses (62%) están a favor del Servicio Nacional de Salud (National Health Insurance) y 8 de cada 10 personas piensan que es importante la cobertura sanitaria a todos los no asegurados, aunque esto suponga unos impuestos mayores, según una encuesta de la ABC News y del *Washington Post*. Entre los

médicos, en septiembre de 2003, 10.000 de ellos anunciaron en Chicago su apoyo al NHI; su propuesta de reforma aparece en el *Journal of the American Medical Association* y recibió una extensa atención mediática. (www.pnhp.org) (21).

Por otro lado, las experiencias de integración de los servicios sanitarios y sociales hasta ahora realizadas reflejan resultados positivos en la mejora del estado funcional de los pacientes ancianos, descenso en las tasas de institucionalización y ahorro de costes. Estos buenos resultados se producen cuando hay una única puerta de entrada a los sistemas sanitario y social, y cuando hay gestión de casos, evaluación geriátrica, equipos multidisciplinares e incentivos financieros que favorezcan la sustitución entre servicios (22).

En el **proceso** asistencial, la clave del éxito de la atención primaria radica en su capacidad resolutoria. Desde 1960 se sabe que en atención primaria se resuelven más del 90 % de las demandas, lo cual nos llena de satisfacción a los buenos profesionales, porque ese grado de eficacia es lo que esperamos de nuestra competencia y es lo que desean la mayoría de los pacientes, de manera que lo que no podemos resolver agrade nuestra estima profesional y genera inconvenientes a los pacientes; lo que no podemos resolver, porque no tenemos las pruebas diagnósticas a nuestro alcance o porque tenemos que derivar al hospital para completar el estudio o el tratamiento, es lo que nos machaca, porque nos genera incertidumbre y ocasiona angustia en los pacientes, tanto por lo incierto del proceso como, sobre todo, por las demoras, por las odiosas listas de espera. La burocracia y los inconvenientes que generan este 10% de procesos para los que no somos autosuficientes nos desgasta más que todo el resto del trabajo. Para terminar con esta situación, atención primaria debe tener la sartén por el mango: financiación capitativa y otorgar a atención primaria el presupuesto de farmacia, de las exploraciones complementarias y de las derivaciones.

Respecto a los **resultados**, es notorio que el planteamiento que subyace a la medición de la actividad mediante la evaluación del proceso asistencial a través de la cartera de

servicios y de la evaluación de normas técnicas mínimas tiende a suponer que la mejora del proceso acabará necesariamente revirtiendo en mejoras del resultado. Sin embargo, ni los criterios de medida son científicos, ni estables, ni sensibles, ni tienen credibilidad entre los profesionales y solamente acreditan que un registro se ha realizado, pero no dicen nada de la calidad de la atención. Afortunadamente se adivinan tendencias para impulsar la medición del resultado mediante la selección de indicadores sensibles a la intervención médica primaria, como la mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE) y, más recientemente, la medición de la efectividad de la atención primaria a través del análisis de los denominados *ambulatory care sensitive conditions* (ACSC), o problemas de salud sensibles a cuidados ambulatorios, o la hospitalización evitable (23-26).

A modo de síntesis

Es difícil resumir el caudal de información que se ha generado desde el inicio de la reforma de la AP porque, con distintos enfoques y extensiones y a falta de resultados empíricos, los textos disponibles comentan aspectos parciales; así, los análisis pueden orientarse hacia los condicionantes económicos (27), convertirse en un catálogo de problemas acuciantes, donde no falten desde las quejas por la pérdida de competencias o los problemas entre categorías laborales cuando la perspectiva del observador es profesional (16), o tienen un fondo de reivindicación corporativa (28) o son la contribución de expertos (29-30).

Desde la FADSP mantenemos la necesidad de la **defensa y mejora del Sistema Sanitario Público, con financiación, gestión y provisión públicas, que garantice la calidad y la satisfacción de las necesidades de salud de la población y la equidad**, así como el **desarrollo de la participación comunitaria y de los instrumentos de control democrático** en la toma de decisiones del sistema por parte de ciudadanos y profesionales.

La AP debe verse inmersa en un sistema integral e inte-

grado con la salud como derecho de la ciudadanía y no como mercancía sujeta a las leyes del mercado. Se debe extender el modelo de EAP al 100% de la población del Estado, reforzando sus características más esenciales, como integralidad de la atención al individuo, familia y comunidad con actuaciones de promoción, prevención, cura, cuidado y recuperación, adecuación de los recursos humanos de acuerdo a las necesidades de la población, sistemas de garantía de calidad y protocolización de actuaciones para patologías prevalentes, según acuerdos y consensos científicos, mejoras del sistema básico de registro y documentación con la informatización y conexión con Internet y la coordinación con el resto de servicios sociosanitarios.

Apuntamos otras **cuestiones a resolver** para que la AP incremente la calidad de la atención que presta y los resultados en salud que obtiene.

1. Suficientes recursos

Si nuestra sociedad quiere que la AP resuelva satisfactoriamente los problemas de salud que afectan a la población, la organización sanitaria debe disponer de unos recursos apropiados y suficientes en personal, equipamiento y medios, es decir, precisa una adecuada financiación, porque actualmente recibimos una insuficiente dotación presupuestaria con respecto a nuestra posición económica, servicios prestados e incremento de la población protegida. Cada vez atendemos a más inmigrantes (ya son el 6 % de la población española), además esto ocurre en todos los medios, por ejemplo en Madrid, donde algunos cupos superan el 25% de pacientes extranjeros (Canillejas), en la costa mediterránea o en el interior: Talayuela (Cáceres). Entre 1982 y 1991, la población a atender pasó de 32 a 39 millones y sin embargo el presupuesto para AP bajó del 40,7 % del gasto sanitario hasta el 32,8% (31). En algunas áreas de salud la demanda de asistencia creció el 27% entre 1994 y 1999, pero el número de profesionales no se ha ajustado a esas necesidades (32). No es extraño, por lo tanto, que España sea el país europeo en el que el médico de AP visita más pacientes por semana, superior en un 40% a la media

europea, y el país en el que los médicos de AP menos tiempo dedican a sus pacientes por visita, cinco minutos de media (33).

Otros aspectos que incrementan la carga de la AP son la creciente medicalización de problemas sociales, las expectativas desmedidas de salud de la población (expectativas propias o inducidas por los propios profesionales y por la tecnología sanitaria) y la delegación en el profesional de dolencias que antes se consideraban menores. La salud se ha convertido en un bien de consumo; los servicios públicos se enfrentan al dilema entre responder a las necesidades de salud de la población —de lo que debe ocuparse un verdadero servicio público— o satisfacer una demanda imparable presionada por todo tipo de publicidad.

Si no hay incremento presupuestario, los actuales se seguirán destinando primeramente a las tareas asistenciales, como es previsible, el gasto farmacéutico, que ya alcanza el 25-26% del gasto sanitario, se comerá porcentajes cada vez mayores de los recursos económicos y en AP no podremos «comprar» tiempo para tareas no asistenciales fundamentales, como la formación y la investigación para la actualización de conocimientos, o la implantación de actividades comunitarias.

2. Flexibilidad organizativa

La reforma de la AP se realizó en España teniendo en cuenta muy pocas variables, esencialmente las poblacionales y la dispersión geográfica, quizá las más importantes, pero insuficientes para ajustar las necesidades de los pacientes y las cargas profesionales. Por otro lado, por la concepción burocrática y centralista de una administración sanitaria que desconfiaba de sus propios trabajadores, se buscaba la uniformidad en las características de los centros y en la distribución del personal sanitario y auxiliar, concediendo poco margen para las modificaciones y ninguna autoridad a los coordinadores y al conjunto de los profesionales. Se debe potenciar la dedicación exclusiva y exigir de la administración el cumplimiento de la misma, y establecer objetivos jerarquizados en los equipos de atención primaria.

El sistema es demasiado rígido en su estructura organizativa, y no acepta las aportaciones de sus empleados y usuarios en la mejora de su funcionamiento (ej. horarios, recetas, bajas laborales, agendas, equipamiento informático e historia clínica informatizada). Los Servicios Sanitarios se centran en lo que tienen y en su precio, pero no potencian su valor, ni sus posibilidades.

Estamos necesitados de un gran pacto institucional entre todos los agentes profesionales y no profesionales implicados en la atención primaria. En la organización funcional de los equipos de atención primaria se deben definir funciones y establecer jerarquías y competencias entre los miembros del equipo; se deben redefinir los roles: del gerente, del paciente, de los profesionales médico y de enfermería, pero también de los pacientes, para que todos conozcamos nuestras obligaciones, reglamentadas de manera explícita y negociada.

Nada mejor que desarrollar los consejos de salud y otros mecanismos de participación comunitaria para que las organizaciones se adapten a las necesidades ciudadanas.

3. Información para la acción

Durante estos años, los gestores no han sabido ni valorar el desinteresado potencial profesional, ni utilizar el enorme caudal de información que proporciona la actividad clínica cotidiana. No se ha devuelto información a los generadores de la misma, y desde los años 90, con la introducción de criterios gerencialistas y con la medición del proceso (cartera de servicios, normas técnicas), la desconfianza por la dudosa validez científica de los criterios de medida y de comparación, cuestionan las intenciones competitivas de los gestores. Las necesidades en salud deben evaluarse periódicamente, y ajustar los recursos para su correcta atención mediante los denominados Planes Integrales de Salud, contemplando todos los recursos públicos.

Con el grado de informatización actual no hay justificación para la falta de procesamiento de la información generada en los centros sanitarios, tanto de actividad asistencial (proceso) como de resultados. Como ya se hace con los datos

sobre prescripción, es necesario elaborar otros indicadores asistenciales, identificar la variabilidad injustificada, favorecer la medición de procedimientos que mejoren la actuación ante problemas de salud prevenibles e identificar la yatrogenia potencial. El desarrollo de la epidemiología clínica y de la investigación de servicios jugará un papel relevante en la obtención de información que ayude a la toma de decisiones. Todo ello manteniendo en todo momento las suficientes garantías de confidencialidad y el imprescindible respeto a la intimidad del paciente y del secreto médico.

Es penoso que los profesionales tiendan a recurrir a terceras organizaciones (industria farmacéutica principalmente) para disponer de recursos económicos y materiales en aspectos como la formación continuada y la investigación en su parcela profesional. Y que las organizaciones sanitarias públicas no contemplen como una mejora de calidad el facilitar tiempo y medios suficientes para estos aspectos profesionales, dentro de la jornada laboral de sus empleados, como herramientas para incrementar la productividad de la propia empresa.

4. Mejorar la calidad resolutive de la AP

Si la AP dispusiera libremente de acceso a determinadas pruebas diagnósticas, sería más resolutive y disminuirían las derivaciones. Hay procedimientos que se vetan a los médicos de primaria, porque se limita su disponibilidad a los especialistas (ECO, RM, TAC, endoscopias). Esto es así pese a que algunas de estas exploraciones tienen indicaciones claras, o muy bien protocolizadas, y a que los propios especialistas las utilizan como primera indicación, habiendo desplazado a la radiología convencional.

Cuando se habla de las consultas de alta resolución hospitalarias, o «consultas únicas», es lamentable que la alta resolución que puede y debe alcanzar la AP se obstaculice por limitaciones burocráticas, o por la patrimonialización de la técnica que hacen especialistas y hospitales.

Los médicos generales/de familia tendrían más capacidad de resolución si se les ofrecieran las facilidades diagnósticas y de interconsulta de la denominada consulta única (34). Por

ejemplo, basta con mejorar la coordinación entre primaria y especializada para disminuir el tiempo de espera para la intervención de hernia inguinal de 26 meses a 19 días, y para lograr que en el 72% de los pacientes no haya que añadir ni repetir las pruebas realizadas en atención primaria (35).

Para que se incorporen nuevas técnicas al bagaje de la AP es necesario el compromiso de los profesionales con sus pacientes, con el sistema sanitario y con su propio cuerpo de conocimientos y de aptitudes, porque en ocasiones no se nos conceden nuevas herramientas a la AP, pero en otras somos los propios profesionales los que las rechazamos.

5. Disminuir las cargas burocráticas

Las actividades de tipo burocrático representa en torno al 40% de los contactos con la AP, condicionado por el sistema de receta actual, la petición de volantes de interconsulta para revisiones o la renovación de documentos de baja laboral y otros formularios impresos. Con el actual grado de desarrollo tecnológico es inadmisibles que siga confundiendo prescripción con dispensación, y que una actuación como la prescripción de un medicamento para un período largo no pueda vehicularse a través de un formato, cuenta o receta electrónica legible desde terminales en las Oficinas de Farmacia, facilitando al paciente que no tenga que venir semana tras semana a solicitar más recetas del mismo medicamento (en la práctica una receta se identifica con una dispensación).

6. Liderazgo en los puestos directivos y unidad en la respuesta profesional

Tristemente, los nombramientos para puestos de gestión, o de semigestión como los de coordinadores médicos y de enfermería de los centros de salud, obedecen a razones políticas antes que profesionales. Después de cada cambio político, después de cada elección, se produce un baile de cargos que lleva a puestos de responsabilidad no siempre a los más capaces, en una suerte de selección adversa. Esta ausencia de liderazgo y de legitimidad profesional lastra la toma de decisiones en los Equipos de Atención Primaria.

Otro aspecto a considerar es la presencia de varias sociedades científicas en AP, con frecuencia enfrentadas por cuestiones corporativas, con poca visión constructiva de la AP y con casi ninguna conciencia de la capacidad redistributiva de recursos y de salud que tiene este nivel asistencial. Es muy importante la coherencia en el discurso profesional y en la defensa de los valores de la AP, incluso defendiendo posiciones ideológicas diferentes.

7. Promoción profesional

El trabajador de atención primaria no tiene promoción profesional desde que se incorpora al sistema hasta que se jubila. Se hace necesario el desarrollo de una carrera profesional que armonice la antigüedad en el empleo, los méritos profesionales adquiridos y el trabajo realizado; para ello podríamos considerar varias premisas: separar la carrera asistencial de la gestión administrativa, no establecer compartimentos estancos para el ascenso y la obligatoriedad de realizar procesos de acreditación para configurar el ascenso entre niveles, basados en los resultados en la actividad asistencial, en la formación continuada, la investigación profesional y su dedicación medida en tiempo a dichas funciones.

La carrera profesional debe ser considerada como un aliado para el ejercicio clínico y, de una manera objetiva, valorará la aportación del trabajador, tanto por su experiencia como por sus méritos profesionales, teniendo todo esto una repercusión en la retribución y las condiciones laborales y favoreciendo la estabilidad en el sistema. La carrera profesional no debería plantear en ningún momento agravios comparativos entre los profesionales.

La acreditación profesional debe ligarse a ofertas apropiadas de formación por parte de la institución, en horario y con recursos propios de ésta, y afectará a todos los profesionales del SNS, no sólo a los de atención primaria. La agencia acreditadora será siempre estatal; la acreditación se basará en criterios objetivos y consensuados (a partir de las historias clínicas o de actos profesionales) y no en apreciaciones subjetivas o escenificaciones. Los comités acreditadores se elegirán de manera pública y democrática, con transparen-

cia y control público, y estarán compuestos por profesionales de reconocido prestigio y con vinculación clínica efectiva. Se debe garantizar la libre circulación de profesionales en todo el territorio del Estado.

8. Favorecer la investigación

A pesar de la falta de financiación, y de otras deficiencias y propuestas de mejora repetidamente señaladas (36-42), la producción científica en AP se ha incrementado notablemente. A juzgar por los artículos recuperables por MEDLINE, entre 1990-1997 se ha producido un incremento de la producción científica de los profesionales de atención primaria, incremento que alcanza el 73,7% de los artículos publicados en la revista *Atención Primaria*, el 22,6 % en otras revistas nacionales y el 3,7% en revistas extranjeras (43).

Sin embargo, en España, medicina de familia es una de las pocas especialidades médicas que no tiene asignatura propia en la licenciatura, ni departamento en la universidad (salvo las recién creadas cátedras apoyadas por algunos laboratorios farmacéuticos), circunstancias éstas que, de subsanarse, podrían ejercer un importante estímulo de la investigación: señalando ideas y líneas de investigación prioritarias, promoviendo formación en metodología científica, favoreciendo la obtención de fondos y, en general, animando el debate social y profesional en torno a la medicina de atención primaria.

También necesitamos obtener personal, dinero y tiempo, mediante fórmulas de contratación y de relación laboral flexibles, que permitan la dedicación a la investigación, siquiera a tiempo parcial, para que el desarrollo de proyectos no se base solamente en el voluntarismo. De hecho, en una reciente encuesta a médicos del Reino Unido, el 41% se muestran interesados en investigar, de ellos el 92% identifican como barrera principal para investigar la falta de tiempo, el 73% la falta de personal para recoger datos y el 71% la falta de financiación (44).

Otro aspecto a destacar es el de la consideración que la investigación debe tener en la carrera profesional. En el estudio Delphi sobre atención primaria realizado en España, el

91% de los participantes se muestran de acuerdo en primar la investigación y la docencia en la valoración de méritos para la provisión de plazas (45).

Las propuestas que podrían servir de aliciente a los médicos de atención primaria para desarrollar tareas de investigación, serían: 1) Crear departamentos universitarios de atención primaria; 2) Docencia en metodología de la investigación en pregrado y/o MIR, de duración cuatrimestral, integrando epidemiología, estadística e informática; 3) reconocer el tiempo dedicado a investigación como tiempo laboral, en proyectos apoyados y/o financiados externamente; 4) establecer líneas de financiación específicas para problemas de salud prioritarios en atención primaria, procedentes de los Servicios de Salud autonómicos, de las Consejerías, de las Agencias de Financiación Públicas y de los colegios y sociedades profesionales; 5) mejorar la valoración curricular de las actividades de investigación, especialmente publicaciones y desarrollo de patentes, y 6) promover estructuras de apoyo a la investigación en las áreas de salud, tanto a los aspectos metodológicos como a la gestión eficiente de los recursos humanos, materiales y financieros destinados a investigar.

9. Control y participación profesional y de la comunidad a todos los niveles

Promovemos la Participación Comunitaria en Salud, basada en nuevos conocimientos sobre el enfermar que deben dar paso a nuevos métodos de trabajo, haciendo del enfoque integral y comunitario una herramienta de trabajo profesional básica. Un sistema sanitario cuyo objetivo es la provisión hegemónica de servicios médicos curativos, con escasa dedicación a la prevención y la promoción, da lugar a relaciones que suelen agotarse en la consecución de un mínimo de satisfacción y legitimidad que asegure su reproducción. Por el contrario, un sistema que comparta la producción de servicios curativos y preventivos con programas de promoción de salud necesita de dispositivos de relación más complejos, flexibles y bidireccionales con las personas que atiende.

A pesar del tiempo transcurrido desde la consagración de estas definiciones, el tema de la participación comunitaria en salud permanece aún bastante opaco y cargado de confusión y polémica. Se constata congruencia escasa entre los discursos participativos y las prácticas a que ha dado lugar, y parece más fácil hablar de participación, e incluso estar de acuerdo en lo teórico, que incorporarla a la práctica cotidiana.

A modo de descarga

Para la AP ha llegado la hora de buscar la unidad en el curso profesional y de abandonar la actual desestructuración de la respuesta colectiva; de lograr el liderazgo en la organización del trabajo cotidiano frente a la debilidad de las gerencias: mediante coordinadores que dirijan, con jerarquía en los objetivos, basando en pruebas nuestro trabajo clínico y utilizando la información disponible; es el momento de definir una carrera profesional frente a la pérdida de la autoestima; de promover una práctica basada en la justicia distributiva frente a la demagogia de los políticos; de dejar de prometer la vida eterna a una población que no se cansa de buscar la salud y, finalmente, de buscar la equidad por encima del ahorro económico a ultranza.

REFERENCIAS

1. Gol J, Jaén J, Marcos JA, Casares R, Foz G, Moll J et al. *El médico de cabecera en un nuevo sistema sanitario*. Barcelona. Fontanella/Laia, 1980.
2. www.who.int
3. Starfield B. «Is primary care essential?». *Lancet* 1994; 344: 1129-33.
4. Starfield B. «Is US Health Really the Best in the World?». *JAMA* 2000; 284: 483-5.
5. Macinko J, Starfield B, Shi L. «The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and development (OECD) countries, 1970-1998». *Health Serv Res* 2003; 38: 831-65.
6. www.oecd.org/health
7. Sánchez-Bayle M. «España en el informe OCDE». *Salud 2000* 2003; (94): 3-4.
8. Evans DB, Tandon A, Murray CJL, Lauer JA. «Comparative efficiency of national health systems: cross national econometrics análisis». *BMJ* 2001; 323: 307-10.
9. Urbanos R. *Equidad horizontal en la provisión pública de servicios de salud: un análisis aplicado al caso español*. II Asamblea General de la Asociación Española de Economía Pública; 1997 diciembre 18-19; Madrid.

10. Corrales D. «Repercusiones de la evolución de la reforma de la atención primaria en el papel de los profesionales de enfermería». *Aten Primaria* 1996; 18:577-9.
11. Simó J, Gervas J, Seguí M, de Pablo R, Domínguez J. «El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, Cenicienta europea». *Aten Primaria* 2004; 34(9): 472-81.
12. Ahn N, Alonso J, Herce JA. «Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España» (*Documento de trabajo n° 7*). Madrid: Fundación BBVA, 2003. (http://w3.grupobbva.com/TLFB/dat/gastosanitario_web.pdf)
13. Navarro V, Quiroga A. «Políticas de Estado de Bienestar para la equidad». *Gac Sanit* 2004; 18(Supl 1): 147-57.
14. Reinhardt UE. Does the aging of the population really drive the demand for health care?. *Health Aff* 2003; 22: 27-39.
15. Casado D. «Envejecimiento demográfico y gasto sanitario: ¿una cortina de humo?». *Gestión Clínica y Sanitaria* 2004; 6(20): 75.
16. Gervas J, Palomo L, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M y Rubio C. «Problemas acuciantes en atención primaria». *Aten Primaria* 2001; 28 (7): 472-7.
17. Palomo L. «Los límites de la excelencia profesional». *Salud 2000* 2003; (91): 23-26.
18. Pablo R, Simó J, Domínguez J, Gervas J. «La relación gestor-clínico: una perspectiva de médicos asistenciales». *Aten Primaria* 2004; 33(8): 462-70
19. Lamarche PA, Beaulieu MD, Pineault R, Contandriopoulos AP, Denis JL, Haggerty J. *Choices for change: The path for restructuring primary healthcare services in canada*. Ottawa: Canadian Health Services Researc Foundation; 2003.
20. Kahn NB. «The future of family medicine: a collaborative project of the family medicine community». *Annals of Family Medicine* 2004; 2 (S3): 3-32.
21. «EE.UU.: Los médicos partidarios del seguro nacional de salud celebran un nuevo sondeo que muestra el amplio apoyo popular por la reforma». *Salud 2000* 2004; 95: 30.
22. Johri M, Beland F, Bergman H. «International experiments in integrated care for the elderly: a síntesis of the evidence». *Int J Geriatr Psych* 2003; 18: 222-35.
23. Caminal J, Sánchez E, Morales M, Peiró R, Márquez S. «Avances en España en la investigación con el indicador "Hospitalización por enfermedades sensibles a cuidados de atención primaria"». *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 189-96.
24. Caminal J, Morales M, Sánchez E, Cubells MJ, Bustins M. «Hospitalización prevenible mediante una atención primaria oportuna y efectiva». *Aten Primaria* 2003; 31(1): 6-17.
25. Alfonso JL, Sentís J, Blasco S, Martínez I. «Características de la hospitalización evitable en España». *Med Clin (Barc)* 2004; 122(17): 653-8.
26. Bermúdez C, Márquez S, Rodríguez del Águila MM; Perea E, Ortiz J. «Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales *ambulatory care sensitive conditions*». *Aten Primaria* 2004; 33(6): 305-11.
27. VV.AA. *Criterios básicos para el ejercicio médico en atención primaria*. Serie de documentos especiales de la OMC. OMC n° 89; junio 2003.

28. Simó J. «La eficiencia del trabajo del médico en el centro de salud». *Gac Sanit* 1997; 11:95-102
29. Martín-Zurro A, Ledesma-Castellort A, Sans-Miret A. «El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas». *Aten Primaria* 2000; 25: 48-58
30. Gervas J. «La medicina general/ de familia en España al comienzo del siglo XXI: de las expectativas excesivas al desánimo insondable». *SEMERGEN* 2003; 29 (7): 357-9
31. Bengoechea E, del Llano JE. «Las cifras del sistema sanitario: el gasto sanitario y su evolución en España (1980-1994)». En: Navarro C, Cabases JM, Tormo MJ editores. *La salud y el sistema sanitario en España: Informe SESPAS* 1995. Barcelona: SG editores; 1995: 174-80
32. Martín García M. «La atención primaria en Galicia: una reforma inacabada». *Salud* 2000 2001; (81): 10-2.
33. OMS. «Health Care Systems in Transition» Spain. European Observatory on Health Care Systems. WHO regional Office for Europa. 2000.
34. Gervas J, Palomo L. «Alta o excesiva resolución?» [carta]. *Med Clin (Barc)* 2002; 119(8): 315.
35. Arroyo A, Andreu J, García P, Jover S, Arroyo MA, Fernández A et al. «Análisis de un programa de derivación directa entre atención primaria y especializada en pacientes potencialmente quirúrgicos». *Aten Primaria* 2001; 28: 381-5.
36. Gómez de la Cámara A, Gabriel R, Pozo F, Martín E, Rico y JR. «Análisis de los proyectos de investigación sanitaria durante 1991». *Aten Primaria* 1993; 11: 8-15.
37. López LA, Martínez JI, García MM, March JC. «La investigación en atención primaria en España». *Revisiones en Salud Pública* 1993; 3: 135-154.
38. Palomo L. «La investigación y la evolución reciente de la atención primaria». *Gac Sanit* 2002; 16(2): 182-7.
39. Starfield B. «Prioridades y futuro de la investigación en atención primaria». *Cuadernos de Gestión* 1997; 3: 201-210.
40. Jiménez Villa J. «Investigación y atención primaria». *Aten Primaria* 1999; 23 (Supl.1); 66-70.
41. Palomo L. «Mitos y realidades de la investigación en atención primaria». *Primer Nivel* 2001; 5 (1): 35-39.
42. Fernández I. «Investigación en atención primaria». *Med Clin (Barc)* 2005; 124(2): 57-60.
43. Simó J, Gaztambide M, Latour J. «Producción científica de los profesionales españoles de atención primaria (1990-1997). Un análisis bibliométrico a partir de MEDLINE». *Aten Primaria* 1999; 23 (Supl. 1): 14-28.
44. Jowett SM, MacLeod J, Wilson S, Hobbs FD. «Research in primary care: extent of involvement and perceived determinants among practitioners from one English region». *Br J Gen Pract* 2000; 50: 387-389
45. Artells JJ (director). «Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de Atención Primaria en el siglo XXI. Análisis prospectivo "Delphi"». *Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria* 1999; 5 (Supl. 1); pag. 89.

Solicitud de admisión

NOMBRE Y APELLIDOS.....

DOMICILIO.....

LOCALIDAD..... CP..... TELÉFONO.....

PROFESIÓN/CATEGORÍA..... DNI.....

CENTRO DE TRABAJO..... TELÉFONO.....

CORREO ELECTRÓNICO.....

Cuotas: 40 euros semestrales para los socios con trabajo y 45 euros anuales para los que se encuentren en situación de paro.

BANCO/CAJA..... OFICINA.....

CUENTA.....

DOMICILIO..... LOCALIDAD..... CP.....

Autorizo el pago semestral de los recibos presentados por la **Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública**

Fecha..... Firma.....

ADSP

**Asociación
para la Defensa
de la Sanidad
Pública**

**Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.
C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid**