CESM

Confederación Estatal
de Sindicatos Médicos

El ejercicio de la Medicina de Atención Primaria en España (Medicina General / de Familia y Pediatría)

Antecedentes, situación actual y criterios para su desarrollo futuro

Documento de trabajo

EL EJERCICIO DE LA MEDICINA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA (Medicina General / de Familia y Pediatría).

Antecedentes, situación actual y criterios para su desarrollo futuro.

Confederacion Estatal
de Sindicatos Medicos

El ejercicio de la Medicina de Atención Primaria en España
(Medicina General / de Familia y Pediatría).
Antecedentes, situación actual y criterios para su desarrollo futuro.

Edición digital.

© Confederación Estatal de Sindicatos Médicos. 2010.
C/ Veneras 9, 4º.
28013 Madrid.
www.cesm.org

Reservados todos los derechos.

ISBN: 978-84-692-7181-0 (de la edición impresa)
En trámite (de la edición digital)
Depósito Legal (de la edición impresa): V-3936-2009

AUTORES (por orden alfabético):

Ana Mª Zaragoza Martínez
Médico especialista en Pediatría, EAP CS Alcoi-La Bassa (Alicante). Sección de Atención Primaria, CESM-Comunidad Valenciana.

Francisco Beneyto Castelló
Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de Manises (Valencia). Doctor en Medicina y Cirugía. Sección de Atención Primaria, CESM-Comunidad Valenciana.

José Vicente Sanz Mas
Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de Alberic (Valencia). Sección de Atención Primaria, CESM-Comunidad Valenciana.

Lisardo Baena Camús
Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, Centro Salud La Chana (Granada). Tutor de Residentes Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Granada. Profesor Asociado, Departamento de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Granada. Médico Puericultor. Médico APD en excedencia. Vocal de Atención Primaria, Sindicato Médico de Granada (Simeg).

Luis Bagán Mezquita
Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, EAP El Masnou (Barcelona). Especialista en , Medicina Interna y Medicina Intensiva. Secretario de Organización y Estrategia, Metges de Catalunya.

Miguel Ángel García Pérez (coordinador)
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Presentación Sabio (Móstoles, Madrid). Doctor en Medicina. Magister en Bioética y Derecho. Secretario de Estudios Profesionales, Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM).

Con la colaboración de: Julián Ezquerra Gadea, Vicente Matas Aguilera, Mª Jesús Hidalgo Valverde, Javier Blanco González, Francisco Miralles, Salvador Galán y el Sector de Atención Primaria de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM).

ÍNDICE

Introducción 5

Cap. 1. El médico en la asistencia primaria española previa a la reforma: breve recorrido histórico 8

Cap. 2. La reforma de la Atención Primaria en España 19

Cap. 3. La situación actual de los médicos en la Atención Primaria española 41

Cap. 4. Condiciones necesarias para el ejercicio profesional de la Medicina en el ámbito de la Atención Primaria 58

Conclusiones 71

Bibliografía 74

Introducción.

Existe un amplio descontento e insatisfacción entre los médicos de Atención Primaria (AP) en España, entre los que se encuentra muy extendido el síndrome de burn-out. Se enfrentan en su día a día a una masificación y sobrecarga de actividades, con un gran peso de las tareas meramente burocráticas, con un evidente descontento con sus condiciones laborales y salariales, con dificultades de acceso a medios diagnósticos (lo que disminuye su capacidad resolutiva), con un escaso nivel de participación en la marcha de las instituciones sanitarias, y con un nulo reconocimiento institucional tanto de su actividad como de su situación real. Ese malestar ha conducido en múltiples ocasiones a protestas y movilizaciones en defensa de la dignidad de su ejercicio profesional, como fueron, por ejemplo, la huelga nacional de los médicos de AP en noviembre de 2006, o la multiplicación de huelgas en las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA) en los últimos años.

Y todo ello se produce en un contexto de "crisis" de la Atención Primaria, reconocida por prácticamente todos los agentes implicados, y ante la que se proponen diferentes soluciones. Se habla, incluso, de una "reforma" de la reforma de la AP, que ya no podría dar respuesta a las necesidades asistenciales de la sociedad, ni a las necesidades y las posibilidades de sus propios profesionales.

Sin embargo, frente a las quejas de estos últimos, centradas en la sobrecarga asistencial, en su escasa participación en la organización institucional y en las condiciones laborales y de ejercicio profesional, la mayoría de análisis y propuestas se centran en los modelos de gestión existentes y en nuevas alternativas, también de gestión, que no buscan sino desviar las contradicciones del sistema hacia estos últimos, sin ocuparse realmente de los problemas que les afectan diariamente (agendas sobrecargadas, realización de abundantes tareas administrativas y burocráticas, etc.). Como muestra de esta última afirmación, y frente al amplio desarrollo de diferentes modelos de gestión, podemos considerar los recientes y tímidos avances en relación con la reducción de cargas burocráticas, denunciadas ya desde hace más de quince años por las organizaciones del sector, y la nula actuación en cuanto a la promoción de un adecuado uso de las instituciones sanitarias.

Desde un punto de vista profesional, reducir la solución de los problemas de la Atención Primaria a aspectos de mesogestión es claramente insuficiente, por la fundamentada sospecha, antes comentada, de que se limiten únicamente a transferir la responsabilidad de gestionar la crisis de la AP a los propios profesionales. Incluso los posicionamientos de las sociedades científicas suelen caer también en este tipo de planteamientos, a pesar de que, siendo los médicos verdaderos expertos en la microgestión (tiempo de visita, prescripción farmacéutica, petición de pruebas complementarias, gestión de la incapacidad

temporal…), no lo somos en absoluto en los ámbitos de la meso y la macrogestión, ámbitos en los que jugamos en desventaja clara frente a especialistas de la economía y la gestión. En este panorama, la defensa de los intereses laborales y profesionales de los médicos se dificulta, además, por la dispersión de acciones condicionada por el fraccionamiento del Sistema Nacional de Salud en Sistemas Autonómicos y en diferentes modelos organizativos y asistenciales dentro de cada Comunidad Autónoma e, incluso, de cada centro sanitario. Ello hace difícil mantener una visión global desde la que actuar en los diferentes ámbitos de negociación, con una visión a medio y largo plazo que pretenda dar respuesta a la compleja problemática de los profesionales de la Medicina que ejercen en la Atención Primaria española.

De ahí que la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, principal organización representativa de defensa de los intereses laborales y de ejercicio profesional de los médicos en España, haya considerado necesario realizar un análisis de la situación actual de la AP desde la perspectiva de los propios médicos y de su ejercicio profesional, perspectiva poco utilizada en los análisis al uso. Entendemos que la consideración de las condiciones concretas del servicio asistencial que prestan los profesionales, y, en nuestro caso concreto, los médicos, debe ser la perspectiva fundamental desde la que se planteen las posibles reformas de la organización sanitaria, sin olvidar que, siendo imprescindibles para la prestación de servicios, son precisamente los propios profesionales los mejores agentes de humanización de la asistencia.

Desde esta convicción, el presente documento pretende acercar una visión global de la historia, la situación actual y los criterios de desarrollo futuro del ejercicio de la Medicina en Atención Primaria y de los propios profesionales. Comenzando por la constatación de la existencia de una atención médica primaria antes de la Atención Primaria, fortalecida en lo profesional y transformada en lo organizativo por la llamada “Reforma de la AP”, analizamos la situación actual y las posibles causas del descontento masivo de los profesionales, y planteamos los criterios mínimos que debe reunir cualquier organización asistencial para permitir un ejercicio profesional de la Medicina en Atención Primaria. Una posterior entrega, que completará el presente documento, se acercará a los diferentes modelos organizativos existentes no sólo en España, sino también en diferentes países de nuestro entorno, fundamentalmente europeo.

Esperamos, con todo ello, prestar un servicio no sólo a la organización sindical CESM, sino al conjunto de los médicos de Atención Primaria y sus organizaciones, así como a la sociedad en su conjunto y a cada uno de los individuos que la integran, verdaderos destinatarios finales de nuestra actividad profesional.

Capítulo 1.

El médico en la asistencia primaria española previa a la reforma: breve recorrido histórico

Nuestro actual sistema sanitario, considerado como uno de los más eficaces y eficientes del mundo, es el resultado, presente, de un largo y complejo proceso evolutivo, fruto del esfuerzo de muchas generaciones, sometido a avatares sociales, económicos, culturales y cambios políticos, y que en modo alguno está detenido. Hablamos de un proceso vivo, que se ve obligado a ir adaptándose a los cambios socioeconómicos del momento, y que no surgió de forma espontánea en la década de los 70-80 del pasado siglo, como parece darse a entender en determinados foros, sino que fue la consecuencia de un proceso histórico que culminó en esas fechas; la Constitución de 1978, el Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud de 1984 y la Ley General de Sanidad de 1986 son hitos fundamentales en ese trayecto, pero no los únicos.

De hecho, el presente documento se plantea como una aportación en el análisis de los distintos caminos o sendas que se abren de cara al futuro. Conocer la evolución histórica del papel del médico en el nivel primario de atención sanitaria es un elemento necesario para comprender correctamente la situación actual, y a ello dedicamos el presente capítulo.

ALGUNOS CONCEPTOS CLÁSICOS.

Nos tenemos que remontar a Alfonso X y su Fuero Real (siglo XIII) para encontrar las primeras referencias a lo que podría ser la figura del actual médico de familia. Así, en el Libro Cuarto se dice que

> *ningún home obre de Físico si no fuere antes aprobado por buen Físico por los Físicos de la Villa do hubiere de obrar e por otorgamento de los alcaldes.*

Se establece así, la figura del *Físico* de una población, reconocido por el alcalde, del que recibía un "Título", asumiendo, aparte de sus tareas asistenciales, ciertas actividades en la salubridad de la villa. Surge el embrión del concepto de *Médico Titular*, presente en múltiples ocasiones a lo largo del texto.

Con los Reyes Católicos, y a fin de controlar el intrusismo de múltiples curanderos, charlatanes y sanadores, tan abundantes en esa época, se crea el Real Tribunal del Protomedicato (1477). Sus integrantes eran *Físicos* de prestigio, con ejercicio en la zona, y que "probaban" las capacidades del aspirante, pero siempre bajo el poder del alcalde-corregidor, que en definitiva era quien otorgaba el "Título" para poder ejercer en la villa.

Posteriormente, en la Edad Moderna, el progresivo y cada vez mayor desarrollo de los gremios profesionales dio lugar a la contratación del *Físico-médico* para la atención de sus miembros y familias; era remunerado por un sistema de capitación en función del número de gremialistas, en el que aportaban todos por "igual". El término *iguala* ha perdurado hasta épocas recientes, siendo el sistema que permitía la atención a la población de un municipio, completando entre los habitantes que se *igualaban* con el médico la retribución de éste, y garantizando así la atención sanitaria que pudieran necesitar.

El sistema de *igualas,* en especial en las urbes con alto desarrollo industrial, facilitó el nacimiento e implantación de múltiples pequeñas mutuas.

Mientras tanto, los cambios y revoluciones sociales en la Europa del siglo XIX condujeron al desarrollo de sistemas de seguro públicos para la asistencia a los trabajadores, en especial en Alemania e Inglaterra. Esos cambios llegaron a nuestro país algo más tarde: España, por entonces, estaba inmersa en revueltas de tipo político-militar.

Ya a finales del XIX y primer tercio del siglo XX, el concepto predominante entre la población era el de *médico* (quedando en desuso el anterior de *físico*), profesional con una sólida formación y gran experiencia al que se le confiaban la solución de los problemas de salud, tanto personales como del resto de la familia. Se consultaba habitualmente con el mismo y solía venir a casa cuando se le requería. Se empezó a denominar como *"médico de cabecera".* Ejercía habitualmente de forma privada, a veces "igualado" o contratado por mutuas.

En el medio rural, los *Médicos Titulares* seguían siendo contratados por los ayuntamientos y estaban bajo su dependencia. Su elección se efectuaba por votación de los "vecinos notables", que habitualmente optaban por el recomendado del "cacique" de turno. Es en el reinado de Fernando VII cuando se intenta modificar la situación. Así, el Reglamento General de las Reales Academias de Medicina y Cirugía de 1830 estableció que la elección de los *Médicos Titulares* no se hiciera directamente por los ayuntamientos, sino por oposición a través de las Reales Academias, que elevarían una terna a la Junta Superior Gubernativa. Claro está que, por la presión de los poderes políticos de la época, este proyectó no terminó de cuajar, y fracasó.

En 1855, la Ley Orgánica de Sanidad avanza en el ordenamiento legal de los *Médicos Titulares*, que continúan dependiendo del ayuntamiento, aunque bajo el control de los gobernadores civiles. Obliga a los ayuntamientos a crear la Beneficencia Municipal, en la que los médicos no asumen el papel de *médicos de cabecera*, sino que sólo tratan problemas puntuales de cierta importancia, tanto en

régimen ambulatorio como en ingreso hospitalario, y se encargan de algunos temas de salud pública.

Más tarde aparece un intento de organización de los *partidos médicos* (Reglamento de 9 de noviembre de 1864), que también tuvo sus detractores. El concepto de *partido médico* es antiguo, refiriéndose a sectores de población adscritos a la asistencia sanitaria de un profesional; comprendían un solo pueblo, o un pueblo (*cabeza de* partido) con otros más pequeños (*anexos*). Cuando el municipio tenía mucha población, el partido sanitario estaba dividido en "distritos sanitarios", a cada uno de los cuales quedaba adscrito un médico.

Los partidos sanitarios podían ser "abiertos" o "cerrados", según fuera libre el ejercicio en ellos de cuantos médicos lo desearan, o estuviera limitado a la autorización previa del *Médico Titular*. Este mecanismo se diseñó en principio para la protección del *Médico Titular* de la competencia de otros sanadores, favoreciendo la llegada de médicos al medio rural.

A modo aclaratorio, citar un anuncio aparecido en la Gaceta de Madrid en 1870, que describe muy bien la situación de la época:

> *Alcaldía constitucional de Madroñera. Se hallan vacantes dos plazas de Médicos cirujanos de esta villa. Sus dotaciones consisten en 400 escudos anuales cada una pagados por trimestre del fondo municipal, con obligación de asistir gratuitamente a 200 familias pobres que le designe el ayuntamiento, la inoculación de vacunas, asistencia a quintos y cuantas diligencias necesite la corporación municipal. Además se le satisfará la cantidad de 800 escudos a partes equivalentes a las igualas de 440 vecinos no pobres, de cuya suma responderá una sociedad compuesta de las personas mas acomodadas de la población, que al efecto se comprometerá al pago por medio de una escritura pública, quedando de su cuenta la cobranza a los vecinos.*
>
> *Los profesionales que se hallen adornados de los requisitos de instrucción para optar a ellas dirigirán su solicitud al Presidente de la Corporación durante el término de 90 días, pasados los cuales se verificara la provisión con arreglo a lo dispuesto en el reglamento de partidos médicos de 9 de noviembre de 1864. El Alcalde.*

LA ORDENACIÓN PROFESIONAL Y SANITARIA

Con el cambio de siglo asistimos a intentos de regulación de la sanidad de la

época, si bien parece que estos se orientaban más al ordenamiento del desempeño profesional y corporativo del médico que a desarrollar las bases de la atención sanitaria. En tal sentido, un decreto de 1898 de D. Práxedes Sagasta había ya determinado el establecimiento de los Colegios Médicos, sus funciones y la obligatoriedad de la colegiación.

La Instrucción General de Sanidad de enero de 1904 fija "la existencia de un *Médico Titular*, al menos, en cada ayuntamiento por cada 300 familias indigentes", y, aunque la creación del cuerpo de *Médicos Titulares* había tenido lugar en 1831, su reglamento no alcanza rango de Decreto hasta el 11 de octubre de 1904, setenta años después; en él se sientan las bases para la integración de estos profesionales como Cuerpo de Funcionarios de la Administración Pública. Para ingresar en este estamento sería necesario ser doctor o licenciado en Medicina y haber obtenido un diploma de aptitud especial mediante oposición.

El influjo de las ideas "alemanas" (Bismarck) , junto a la incipiente presión social del momento, fueron el caldo de cultivo que terminó con la aparición del Instituto Nacional de Previsión (INP), creado por D. Antonio Maura en 1904, y regulado mediante ley por Alfonso XIII en 1908. El INP se encarga en principio de un seguro incipiente, el llamado sistema de libre contratación de pensiones obreras, mediante el establecimiento de cajas autónomas. Asume después la administración del Seguro Obligatorio del Retiro Obrero (1919) y del Seguro Obligatorio de Maternidad (1929), la ampliación de los beneficios de la Ley de accidentes del trabajo de 1900 a los trabajadores agrícolas (1931), etc.

Uno de los problemas fundamentales de la sanidad española de comienzos de siglo era la elevada mortalidad infantil, que alcanzaba a 1 de cada cinco niños en su primer año de edad. Ello motivó la puesta en marcha de diferentes iniciativas dedicadas a mejorar la salud materno-infantil, como la creación de la Escuela Nacional de Puericultura en 1923, que hizo que la Puericultura se convirtiera en la primera especialidad médica reglada en España, centrada en la higiene y cuidados preventivos del niño.

De la combinación de la educación higiénica y los socorros benéficos (suministro de leche y otros alimentos para lactantes y sus madres, así como de ropa e, incluso, dinero) fueron naciendo los centros dedicados a la Puericultura, creándose en 1931 la Sección de Higiene Infantil dentro de la Dirección General de Sanidad, y en 1933 los Dispensarios Provinciales de Higiene Infantil. En estos últimos, un Médico Puericultor y una Enfermera Visitadora se hacían responsables de la higiene prenatal, de las actividades preventivas del primer año de vida (lactancia, crecimiento, vacunación y control de enfermedades diarreicas) y de la higiene escolar en todo el ámbito de su provincia, a través de los centros de

higiene comarcales y locales; el acceso a las plazas de dichos Dispensarios se realizaba mediante concurso-oposición público, y, para su dotación, la Escuela Nacional de Puericultura abrió hasta 16 centros asociados de ámbito regional o provincial.

Por otro lado, la regulación del Seguro Obligatorio de Maternidad, creado en 1929, fue abriendo progresivamente la posibilidad de atención sanitaria al niño más allá del período perinatal, a través de la Obra de Protección de la Maternidad y la Infancia, dependiente del Instituto Nacional de Previsión, que contaría con la presencia tanto de médicos pediatras en los hospitales, como de puericultores en los dispositivos periféricos de Higiene Rural.

Hay que tener en cuenta que la Pediatría, "medicina de niños", cuyo contenido específico tiene sus orígenes en el siglo XVI, ya había alcanzado reconocimiento como disciplina académica independiente a finales del siglo XIX, y poco después como especialidad médica (en 1923 celebra ya su primer Congreso nacional, de la mano del Dr. Martínez Vargas, fundador de la Sociedad Española de Pediatría). La existencia conjunta de Puericultores y Pediatras, con diferentes ámbitos de actuación y múltiples vías de formación paralelas (Escuela Nacional de Puericultura, asistencia en Cátedras o Servicios de Pediatría hospitalarios, o en servicios de Puericultura, o acudiendo a otros países) muestra la escasa integración de los cuidados sanitarios específicos para niños en la época.

Durante la República se pretendió la unificación y coordinación de los distintos regímenes, comenzándose a plantear una posible ampliación de prestaciones. En tal sentido, en 1932, el ministro Largo Caballero encargó al INP un estudio para aumentar la cobertura sanitaria, pero el estallido de la Guerra Civil lo paralizó.

También de esa época es la Ley de Bases de Coordinación Sanitaria (1934), que impone un nuevo sistema organizativo, la medicina de grupo, a través de las mancomunidades provinciales sanitarias de municipios (Diputaciones). En desarrollo de dicha ley se promulga el decreto de creación del Cuerpo de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria (APD), con la integración de los funcionarios que figuraban en el Cuerpo de *Médicos Titulares* y los Inspectores Municipales de Sanidad.

En el Fuero del Trabajo de marzo de 1938 aparecen las primeras referencias a la "implantación de un seguro total" como un mecanismo de cobertura sanitaria desde la organización del Estado, pero será la Ley de Bases de Sanidad Nacional (1944) la que declare que "incumbe al Estado el ejercicio de la función pública de la Sanidad". Los *Médicos Titulares*, hasta entonces funcionarios municipales, pasan a depender de la administración central, siendo definidos como funcionarios públicos

del Estado al servicio de la Sanidad Local; el alcalde sigue siendo el "jefe".

Ese mismo año se implanta el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), que había sido aprobado en 1942. Se financia a través de cuotas de empresas y trabajadores, quedando a cargo del INP como entidad aseguradora única. Entre las distintas prestaciones del seguro estaba la asistencia sanitaria, orientada básicamente a las actividades curativas.

Una Orden Ministerial 1948 establece que todo *Médico Titular* sería designado automáticamente médico del SOE. Así, estos funcionarios locales de los ayuntamientos, con actividad clínica curativa, preventiva y de salud pública, fueron incorporados al SOE como médicos generales, sin ninguna dotación específica, y con una doble dependencia que perdura aún hoy, si bien con una gran variabilidad según la Comunidad Autónoma de que se trate. Hay que recordar aquí que, hasta asumir las tareas de médico de la Seguridad Social, la actividad asistencial del Titular era sobre todo privada; aún lo siguió siendo en gran parte y durante años, sobre todo en las zonas rurales, ya que los agricultores tardaron en estar incluidos en el SOE. A su salario público añadía el cobro privado, generalmente por "igualas", que permanecieron legales durante bastantes años.

En las ciudades, como consecuencia de la puesta en marcha del SOE, se creó la figura del Médico General de Cupo o Zona, como personal "estatutario", no funcionario, de la Seguridad Social, cobrando según las "cartillas" (trabajador y familia a su cargo). En principio atendían en su propio domicilio, pasando después a ejercer en consultorios públicos, con 2.5 horas de consulta, más atención a domicilio ("avisos": de nueve de la mañana a cinco de la tarde en el medio urbano, en el que se habían desarrollado servicios de urgencia, y las 24 horas en el medio rural); tenían una función de filtro, disponían de mínimo acceso a pruebas complementarias, y estaban especialmente orientados a contener la demanda. Transitoriamente, se adoptó para el Médico General la denominación de Médico de Familia en torno al año 1950.

El Médico General era la puerta de entrada al sistema y remitía al paciente al especialista de ambulatorio que le correspondía, cuando lo estimaba necesario. Excepciones a este sistema de referencia eran la consulta de Toco-Ginecología para las mujeres embarazadas, la consulta de Oftalmología para la medición de los defectos de refracción, y las consultas de Odontología para extracciones dentales.

El SOE asume en 1948 las prestaciones correspondientes a la Obra de Protección de la Maternidad y la Infancia, que cubrían la prestación de maternidad, la asistencia al embarazo, parto y puerperio, la puericultura de la primera y la segunda infancia, la higiene y protección de la edad escolar, la asistencia médica

de los niños enfermos hasta los quince años, la recuperación de niños inválidos, deformes y anormales mentales, la enseñanza y divulgación de la puericultura, la vigilancia, elaboración y distribución de productos destinados a la medicina y alimentación infantil y el fomento de las relaciones internacionales sobre estos problemas. Para todo ello absorbe al personal sanitario de dicha Obra.

Poco después, en 1950, crea en su seno una categoría específica de Puericultura, que podrán ejercer tanto pediatras como médicos de familia con la formación adecuada, en régimen ambulatorio; se establece la posibilidad de acceso directo, por parte de la población, a las actividades de puericultura propiamente dicha, que alcanzan hasta los tres años de edad y consisten en la vigilancia periódica del crecimiento y el desarrollo del niño, y especialmente del recién nacido, las actividades preventivas adecuadas y el manejo de los trastornos nutritivos del lactante y del crecimiento y desarrollo del niño; para el resto de actividades propias de la Pediatría, hasta los diez años, se exige la derivación por parte del Médico General o de cualquier otro especialista. En 1958 cambiará la situación, pudiendo accederse ya libremente a la atención por un Pediatra-Puericultor de Familia, en ambulatorio o en domicilio, hasta la edad de 7 años, allí donde estos especialistas existan; en caso contrario, deberán ser atendidos por el Médico General de Familia. Uno u otro podrán derivar al niño, en los casos de mayor complejidad, a un Pediatra-Puericultor de Consulta.

La incorporación masiva de trabajadores de los distintos sectores productivos al SOE se produjo entre los años 50 y 70. La consiguiente mejora de la situación económica de la Seguridad Social permitió la construcción de hospitales públicos bien dotados, que alcanzaron un gran prestigio entre la población. Coincidiendo con ello, y en parte como una de sus consecuencias, se produce el desarrollo de las especialidades médicas, en un contexto de progresiva sobrevaloración del mundo tecnológico que habitaba en las llamadas “residencias sanitarias”; serán reguladas por la Ley de Especialidades Médicas de 1955, que además unifica en una sola especialidad Pediatría y Puericultura (que posteriormente pasará a denominarse Pediatría y sus especialidades en 1978, y Pediatría y sus áreas específicas a partir de 1984).

La Ley de Bases de la Seguridad Social (1963) suprime los esquemas clásicos de previsión y seguros sociales, pero no es hasta 1974, con el decreto que aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, cuando se modifican y amplían las prestaciones de asistencia sanitaria. Así, del ideal de “justicia social” que movió a la creación del SOE (1942) se pasa al concepto de “solidaridad generacional” del Régimen de Seguridad Social (1963-1974). En el nivel primario de asistencia, el Estatuto Jurídico del Personal Médico de la

Seguridad Social confirma al Pediatra-Puericultor junto al Médico General y al Médico de Urgencias, y le hace responsable de la atención ambulatoria y domiciliaria, de la atención urgente y de la derivación a otros especialistas, de los niños de hasta siete años.

El sistema sanitario mantenía todavía su estructura fragmentada, basada en la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944. Las Administraciones (Estado, Diputaciones, y Ayuntamientos) se ocupaban de los aspectos de salud pública y de salud mental, el Seguro Obligatorio de Enfermedad de cubrir la asistencia curativa a los trabajadores asegurados y sus familias, y la Beneficencia de la población sin recursos, mediante aportaciones económicas públicas y/o privadas.

LA MEDICINA PRIMARIA PREVIA A LA REFORMA DE LA AP

¿Que ocurría con los médicos de la asistencia sanitaria primaria entre los años 50 y 80 del pasado siglo? La realidad estaba muy fragmentada, con una gran variabilidad. De un modo academicista, y a efectos de ordenar la exposición, definiremos 2 situaciones:

Ámbito rural

En los municipios pequeños, existía un Médico Titular que asumía las funciones de salud pública, beneficencia e inspección sanitaria, además de la asistencia de los afiliados a la Seguridad Social; la puericultura y la atención a los niños enfermos también entraba dentro de sus competencias, dado que en el medio rural no era frecuente la presencia de pediatras. La asistencia que realizaba era de amplio espectro, incluyendo cirugía menor, atención al parto, actividades de rehabilitación, atención a la dimensión sociosanitaria…

Tenía una doble condición, de personal funcionario y estatutario. También ejercía de forma privada, atendiendo a otros funcionarios (maestros, guardias civiles, personal de Correos, etc.), generalmente a través de mutuas concertadas, y al resto de población no asegurada, habitualmente por sistema de igualas, aunque en algunos casos de forma privada pura. Su disponibilidad era de 24h al día los todos los días del año.

En las poblaciones rurales mayores (por encima de los 2.500 a 3.000 hab. aproximadamente) podía haber más de un Médico Titular, asumiendo uno de ellos, generalmente el más antiguo, el cargo de Jefe Local de Sanidad por delegación del

alcalde. Las funciones eran similares a las ya mencionadas. La población asegurada estaba distribuida en cupos en base a cartillas, que podían ser personales o incluían a familiares como beneficiarios.

A veces, además del Médico Titular, había otro médico de Cupo o Zona de la Seguridad Social que sólo prestaba la asistencia sanitaria a los asegurados de su cupo. Cualquiera de ellos podía ejercer de forma privada. Con el paso de los años, y en la medida que crecía el numero de afiliados a la SS, estos médicos se fueron organizando de forma oficiosa (en tanto en cuanto dicha organización no era oficial, si bien conocida y consentida por los alcaldes) para la atención de urgencias en horas nocturnas y, posteriormente, en fines de semana. Eran acuerdos locales, "de andar por casa", en la gran mayoría de los casos; podían existir casi tantos modelos como poblaciones.

Ámbito urbano

En los grandes pueblos, ciudades y capitales de provincias, coexistían los *Médicos Titulares* y los Médicos Generales de la Seguridad Social (*médicos de cupo*), con la particularidad de que se invertían las proporciones, siendo estos últimos más numerosos, y tanto más cuanto mayor fuera la población. Nos encontramos también con la existencia de Pediatras-Puericultores de cupo, responsables de la atención hasta los siete años de edad.

Predominan los facultativos de carácter estatutario, con asistencia básicamente curativa a su cupo (población adscrita por cartillas), con consultas de 2.5 horas en los llamados *ambulatorios* (consultorios públicos) y atención domiciliaria hasta las 5 de la tarde. La duración de la consulta venía determinada por decisión administrativa: había que repartir los espacios y la consulta era compartida por varios facultativos a lo largo de la jornada. Eran retribuidos según las cartillas familiares asignadas; en el caso de los pediatras, se les retribuía en función de las cartillas asignadas a los médicos generales que atendían a la misma población.

Los Médicos Titulares, proporcionalmente cada vez más escasos, se ubican como funcionarios en las llamadas Casas de Socorro Municipales. La atención de urgencias en principio se realizaba en ellas, pero cada vez más en las puertas de los hospitales, bien fueran de beneficencia-municipales o de la Seguridad Social.

Ante el incremento de este tipo de demanda, van surgiendo los servicios normales y posteriormente los servicios especiales de urgencias. La tendencia de la población a acudir a las puertas de urgencias hospitalarias es cada vez mayor,

pues allí se dispone de medios tecnológicos diagnósticos y terapéuticos con una gran accesibilidad, sin límites horarios ni condicionamientos previos, lo que contrasta con las dificultades y limitaciones para obtener esas mismas pruebas de forma ambulatoria por los médicos de asistencia primaria.

A pesar de todo, no se reduce la masificación de esta última, pues la práctica totalidad de estos pacientes vuelven de nuevo a las consultas de Primaria para recetas, bajas o tramitación de citas de revisión. Es decir, la asistencia primaria se va convirtiendo en la secretaria del sistema en la medida que las "puertas de los hospitales" hacen de primaria, con la consiguiente utilización ineficiente de los recursos. La antigua función del Médico Titular va quedando progresivamente empobrecida en la medida que los Médicos Generales de zona, personal estatuario, se van funcionarizando y secretarizando cada vez más, a la vez que se hipertrofia la llamada parte especializada del sistema y el hospitalocentrismo.

Con la instauración de la democracia soplan nuevos aires en la sociedad en general y, por supuesto, también en la sanidad. Se empieza a poner de manifiesto el malestar que había ido surgiendo y acumulándose a lo largo de los años, concretándose un sentimiento, una idea, que por otro lado parece común, tanto entre la población como entre los profesionales y la propia Administración: la necesidad de cambios en la asistencia primaria. Y los diferentes agentes se ponen "manos a la obra".

Capítulo 2.

La reforma de la Atención Primaria en España

1978: UN AÑO-ENCRUCIJADA

El año 1978 bien puede considerarse un año-encrucijada en la evolución de la asistencia sanitaria en España, y, en particular, de la Atención Primaria. Por un lado, el crecimiento del gasto sanitario en los países industrializados, la constatación de importantes desigualdades en el nivel de salud y la situación de emergencia sanitaria vivida por los países en desarrollo, llevan a la convocatoria de la Conferencia de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud. Por otro lado, el proceso de reforma política culmina con la aprobación de la Constitución Española, que reconoce el derecho a la protección de la salud. Y, finalmente, en ese mismo año se crea en España, como fruto de la necesidad vivida de reforma del primer nivel asistencial, la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Con estas mimbres comienza a gestarse la llamada "reforma de la Atención Primaria", cuestionada por unos pocos, valorada por muchos más, y necesitada de cambios importantes a juicio de casi todos.

1. La Conferencia de Alma Ata

Fruto de la insatisfacción sentida por los gobiernos nacionales y los organismos internacionales con el funcionamiento de los servicios sanitarios (escalada tecnológica y de costes en los países desarrollados –sin resultados paralelos de mejora del nivel de salud-, carencia de servicios sanitarios básicos en los países en desarrollo, e inequidad creciente en ambos grupos) se fue abriendo paso la necesidad de una reforma integral de dichos servicios que pivotara sobre un nivel primario de atención accesible y eficiente[1,2]. Así, y a pesar del escenario de guerra fría y de inestabilidad política que existía en muchas regiones del mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) convocaron conjuntamente una Conferencia Internacional sobre Atención Primaria que, preparada en diferentes reuniones regionales (entre las que hubo una específicamente dedicada a la Atención Primaria en los Países Industrializados), tuvo lugar en Alma Ata, entonces capital de la República Soviética de Kazajstán, entre los días 6 y 12 de septiembre de 1978. Participaron 134 países, 67 Organizaciones No Gubernamentales y representantes de diversos organismos internacionales.

1 Carta de los directores de la Conferencia de Alma Ata. En: Alma Ata 1978. Atención Primaria de Salud. Ginebra: OMS; 1978.

2 Consensus during the Cold War: back to Alma Ata. Bull World Health Org 2008;86(10):745-6.

Los objetivos de dicha Conferencia[3] fueron la evaluación de la situación de salud en el mundo, la promoción del concepto de APS en todos los países, el intercambio de experiencias de organización de dicho nivel asistencial, la definición de los principios del mismo, el análisis de la posible función de gobiernos y organizaciones en su puesta en marcha y desarrollo, y la elaboración de recomendaciones prácticas. Se constató el inaceptable estado de salud de millones de personas en el mundo y la insuficiente e injusta distribución de los recursos de salud en los países, y, reafirmando el derecho de los individuos al mayor nivel posible de protección de la salud, se planteó el lema "Salud para todos en el año 2000" y se propuso la Atención Primaria de salud como la estrategia más adecuada para mejorar el nivel de salud de los pueblos. Todo ello en un contexto integrado de desarrollo social, económico y humano, incidiéndose en el papel fundamental que deben tener los gobiernos en la atención sanitaria a sus ciudadanos y la necesidad de la cooperación y la solidaridad internacional. Igualmente, se insistió en la necesidad de la participación de los individuos y las comunidades en todo lo concerniente a dicha atención

El contenido fundamental de la Conferencia quedó recogido en la llamada Declaración de Alma Ata[4], texto "constitucional" de la Atención Primaria de Salud, que se recoge en el cuadro 1. En lo que se refiere propiamente a la Atención Primaria, debemos destacar la definición que se da en el apartado 6 de dicho nivel asistencial:

> *La Atención Primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar… Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.*

Aún sin olvidar la existencia de actividades no estrictamente "sanitarias" en la Atención Primaria (saneamiento, suministro de alimentos…), se destaca el papel proactivo que se otorga a las que sí lo son, que abandonarían su vinculación directa con los centros hospitalarios de alta tecnología y se acercarían a los lugares en que viven y trabajan las personas. Como se ve, la imagen no es tanto de "puerta de entrada" como de primer lugar de contacto con el ciudadano.

---

[3] Alma Ata 1978. Atención Primaria de Salud. Ginebra: OMS; 1978.

[4] Declaración de Alma Ata. En: Alma Ata 1978. Atención Primaria de Salud. Ginebra: OMS; 1978.

DECLARACIÓN DE ALMA ATA

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en el día de hoy, doce de septiembre de mil novecientos setenta y ocho, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente Declaración:

I. La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

II. La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

III. El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

IV. El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

V. Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La Atención Primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

VI. La Atención Primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función

central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

VII. La Atención Primaria de salud:

1. es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;

2. se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;

3. comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;

4. entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;

5. exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la Atención Primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;

6. debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;

7. se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.

VIII. Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la Atención Primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX. Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la Atención Primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre Atención Primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la Atención Primaria de salud en todo el mundo.

X. Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la Atención Primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la Atención Primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia insta a los gobiernos, a la OMS y al UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la Atención Primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren en el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la Atención Primaria de salud de conformidad con el espíritu y la letra de la presente Declaración.

Aunque la Declaración, no vinculante, fue firmada por multitud de países, los requerimientos económicos que suponía su implementación, las consecuencias de la crisis económica de los años 70 y la política restrictiva impuesta por las instituciones financieras internacionales, pronto dieron al traste con el planteamiento de atención integral que en ella se defendía. Se dio así paso a los programas verticales selectivos (inmunizaciones, promoción de la lactancia materna, etc.), más fáciles de controlar y con una financiación más limitada, que acabaron siendo apoyados incluso por UNICEF, una de las organizaciones convocantes de la Conferencia. Los resultados iniciales de esta nueva estrategia fueron positivos (reducción de la mortalidad infantil, etc), pero pronto comenzaron a apreciarse múltiples problemas de coordinación entre los distintos programas, haciéndose evidentes las dificultades para poner en práctica algunos de ellos (como los programas para controlar la infección por VIH/SIDA) sin haber promovido previamente el correcto desarrollo de los sistemas sanitarios locales.

Además, la proliferación de programas verticales había reducido la capacidad de los gobiernos locales en la política sanitaria, descuidado la influencia de los factores socio-económicos en la salud de la población, e impedido la participación de las comunidades en el diseño de las actuaciones sanitarias. Todo ello ha ido induciendo una vuelta a los planteamientos iniciales de Alma Ata, para los que una pieza fundamental era el desarrollo y refuerzo de sistemas sanitarios locales[5]. De ahí que la Atención Primaria vuelva a ser sentida en este momento como "más necesaria que nunca"[6].

La Declaración tuvo otro enemigo, esta vez más ideológico. La celebración de la Conferencia en una república soviética, la raíz cuasi-revolucionaria de muchas de las experiencias iniciales en Atención Primaria, y la especial preocupación de las organizaciones internacionales por la situación de crisis sanitaria en que se encontraban (y continúan encontrando) los países en desarrollo, hizo que muchos tildaran a la Atención Primaria como propia de países tercermundistas o excesivamente vinculada a las ideologías revolucionarias. Se estaba olvidando con ello que en los países industrializados ya se hablaba de la Atención Primaria como posible medio de control del gasto con anterioridad a Alma Ata, y que es difícil mantener los servicios sanitarios al margen del movimiento de democratización política y social que se venía desarrollando en el último siglo[7].

---

5 Italian Global Health Watch. From Alma Ata to the Global Fund: the history of international health policy. Social Medicine 2008;3(1):36-48.

6 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La Atención Primaria de Salud: más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en http://www.who.int/entity/whr/2008/08_report_es.pdf .

7 Lázaro J, Gracia D. La nueva relación clínica. En: Laín Entralgo P. El médico y el enfermo. Madrid: Triacastela;2003. p. 9-36.

En nuestro país, por otro lado, las descalificaciones globales que se han estado realizando contra ella podrían haber estado provocadas, además, por su tosca identificación con aspectos concretos de la reforma de la Atención Primaria (identificación que, como veremos, no puede ser aceptada sin matices), y por la aplicación de esta última, en algunos casos, con cierto acento "revolucionario" (intentando coaccionar, por ejemplo, a los profesionales que se resistían a la misma, o menospreciando el saber y el saber hacer de quienes ya venían ejerciendo la medicina de asistencia primaria).

2. La Constitución Española

Hito fundamental del proceso de reforma política que caracterizó a la Transición desde el régimen franquista a la democracia actual, la Constitución Española fue aprobada en referéndum el 6 de diciembre de 1978, y sancionada el 27 del mismo mes. No vamos a desarrollar aquí su papel en la consolidación de los derechos y libertades en España, ni en la organización política y territorial que posibilita, sino que nos ocuparemos exclusivamente de sus contenidos relacionados con la atención a la salud.

En concreto, el artículo 43 establece el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud, y determina la responsabilidad de los poderes públicos en la organización y tutela de la "salud pública", mediante medidas preventivas y "las prestaciones y servicios necesarios", que deberán concretarse normativamente. Los artículos 49 y 50 hacen precisiones concretas sobre la atención sanitaria a disminuidos y ancianos, y el artículo 51 garantiza la protección de la salud de los consumidores. Finalmente, los artículos 148 y 149 fijan la posible transferencia de competencias en sanidad e higiene a las CCAA, manteniéndose siempre la competencia estatal en cuanto a Sanidad exterior, regulación básica y coordinación sanitaria, y legislación sobre productos farmacéuticos.

Se profundiza, por tanto, en el derecho a la protección de la salud, que no se limitaría ya tan sólo a los trabajadores, y se sientan las bases para el desarrollo de un Sistema Nacional de Salud. Éste será establecido posteriormente por la Ley General de Sanidad, pero ya se encuentra prefigurado desde ese mismo año en el Instituto Nacional de la Salud, que asume las competencias sanitarias del régimen de Seguridad Social existente en aquél momento. También se sientan las bases para su fraccionamiento en 18 servicios autonómicos, más cercanos a la población pero con un riesgo de descoordinación que condiciona hoy por hoy el futuro del propio sistema sanitario. Finalmente, se iniciará una dinámica de mayor protagonismo de los ciudadanos, que pasarán del papel pasivo de pacientes al más activo de clientes o usuarios, forzando un cambio en la relación asistencial.

3. La creación de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria.

El mismo día en que se publicaba el texto de la Constitución en el Boletín Oficial del Estado (29 de diciembre de 1978), se aprobaba el Real Decreto 3303/1978, de regulación de la Medicina de Familia y Comunitaria como especialidad de la profesión médica. No es más que el final de un proceso que había comenzado años antes, con la percepción por parte de diferentes grupos profesionales de la necesidad de un cambio profundo en la forma en que se prestaba la atención de Medicina General, frecuentemente sumida en la masificación y en la escasa accesibilidad a pruebas diagnósticas.

A nivel internacional, la pérdida generalizada de prestigio y competencias que para el médico general suponían el avance tecnológico y de la especialización, motivó que diferentes grupos de médicos generales se replantearan su papel y comenzaran a desarrollar progresivamente toda una fundamentación de la necesidad de una "medicina general" que atendiera a la globalidad del paciente. Fueron naciendo diferentes organizaciones, como la American Academy of General Practice en EEUU -1947-, el Royal College of General Practitioners en el Reino Unido -1952-, o el College of Family Phisicians en Canadá -1954-, y se comenzaron a convocar conferencias internacionales de los colegios y academias de medicina general (germen de la WONCA, Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Académicas de Medicina General / Medicina de Familia) , lográndose el reconocimiento por parte de la Organización Mundial de la Salud en 1966 de dicha figura médica como "la más importante de todas". En la segunda mitad de los sesenta comienza el reconocimiento como especialidad en diferentes países, y en 1977 el Consejo de Europa recomienda la potenciación de la formación específica del médico general[8].

En EEUU, la Medicina de Familia se convertía en la 20ª especialidad reconocida en 1969 tras varios intentos fallidos, uno de los cuales parece haber tenido una influencia decisiva en la denominación de la nueva especialidad: la Asociación Médica Americana se había negado a aprobar la creación de un consejo de certificación en Medicina General, debido a que no podía llamarse especialidad lo que era en sí "general"[9]; no obstante, el término "medicina de familia" se había usado ya con anterioridad (1958) en las discusiones sobre la

[8] Comité de Ministros del Consejo de Europa. Resolución (77) 30. On "the general practitioner: his training and ways of stimulating interest in this vocation". Consejo de Europa;1977. Disponible en https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=669819&Site=COE

[9] Advanced Forum in Family Medicine. The intellectual basis of Family Medicine revisited. Fam Med 1985;17(5):219-30 [reeditado en Fam Med 1998;30(9):642-54]. Disponible en http://www.stfm.org/fmhub/FULLPDF/OCT98/SPECIAL4.pdf [último acceso, 09/02/2009].

necesidad de una especialización en Medicina General[10]. Frente a ello, la larga tradición de los *General Practitioners* en el Reino Unido y su posición central en el National Health Service, ofrecían la posibilidad de mantener la denominación de Medicina General.

Diversas experiencias en España, entre las que destaca el proceso iniciado en Cataluña con el X Congreso de Médicos y Biólogos en Lengua Catalana (Perpiñán, 1976) y con el trabajo del Gabinete de Asesoría y Promoción de la Salud del Colegio de Médicos de Barcelona, que culminó en la publicación del libro "El médico de cabecera en un nuevo sistema sanitario"[11], ya venían preparando el campo para la puesta en marcha de una gran reforma de la Atención Primaria[12], para la que la disponibilidad de profesionales específicamente capacitados se contemplaba como uno de los requisitos fundamentales. A la misma conclusión llegaba el II Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Rural (1976), sociedad creada en 1973 a partir de la antigua Asociación de Médicos Rurales, y antecesora de la actual Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria SEMERGEN[13].

Como culminación de este proceso, el Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas, que establece la obligatoriedad de una convocatoria anual de acceso a la formación médica especializada y elimina el término Puericultura de la especialidad de Pediatría, opta por la denominación de Medicina de Familia y Comunitaria para el nuevo especialista de Atención Primaria. Poco después, el Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, de regulación de la Medicina de Familia como especialidad de la profesión médica, reconoce el "riesgo de la práctica desaparición del Médico de cabecera como estructura básica del sistema sanitario" debido a la super-especialización y al desarrollo tecnológico que caracteriza la atención sanitaria en nuestro entorno, y apuesta por la creación de "una estructura sanitaria que atienda en primera instancia las demandas de salud de los individuos, acercando a los usuarios los medios sanitarios actuales"; para ello se requiere de "personal médico adecuado y especializado", la recién creada especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, dentro de un "proceso de transición del modelo

---

10 American Academy of Family Physicians. General Practice evolves into Family Practice. FP Report 1997;3(1). Disponible en Internet, http://www.aafp.org/fpr/970100fr/4.html

11 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.

12 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 de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en www.msc.es

13 Chavida García F. La Medicina General / de Familia en el siglo XX [Monografía en Internet]. Disponible en http://www.semes-cv.org/documentos/doc/homenaje/semergen.doc

sanitario actual al futuro que se pretende", lo que apunta a una clara intencionalidad de reforma. Afirma que "el médico de familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario", que "tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de la comunidad", y que la formación para alcanzar dicha especialidad será mediante el modelo de residencia, similar al regulado para el resto de especialidades. Asimismo, dispone un procedimiento de reconocimiento de los derechos adquiridos por los profesionales que ya presten sus servicios (o estén en disposición de hacerlo) en lo que denomina "asistencia primaria", que engloba a *Médicos Titulares*, Médicos Generales de zona y médicos de Servicios de Urgencia, que, además, podrán recibir el título de la especialidad si acreditan cinco años de ejercicio en ese ámbito y realizan un cursillo de perfeccionamiento.

La primera convocatoria de plazas se realiza en ese mismo año, y casi 500 médicos comienzan al año siguiente la formación especializada en Medicina Familiar y Comunitaria.

HACIA LA CONSOLIDACIÓN DE LA REFORMA

La "energía" acumulada a favor de una reforma sanitaria, que por diferentes vías eclosionó durante el año 1978, encuentra un cauce privilegiado en las primeras generaciones de residentes de la nueva especialidad de MFyC, que responden a ese proyecto de reforma pero que no van a encontrar con facilidad su ubicación profesional.

En primer lugar, no van a ser bien aceptados por sus compañeros:

- ni en el campo de la Medicina General, que viene siendo sometida a un desprestigio sistemático debido a las condiciones en que se desarrolla su actividad, y que se siente menospreciada al no poder ejercer la tutoría de la nueva especialidad –que ejercerán en un inicio tutores hospitalarios- y al haberse optado por un nombre alternativo al de Medicina General;

- ni en el campo de la Medicina Especializada, en el que son vistos como "especialistas" de segunda y se les anima a cambiar de especialidad. De hecho, un tercio de los médicos de la primera promoción no completarán su formación.

En segundo lugar, ni siquiera se encontraron con la estructura necesaria para desarrollar su formación. Tuvieron que organizarse, presentar un primer programa de la especialidad y exigir la creación de Centros de Salud "piloto" para poder realizar el tercer año de su residencia. Éstos comenzaron a funcionar en 1981

(Cartuja en Granada, Cambre en La Coruña, Pasajes en Guipúzcoa, Justo Oliveras en Barcelona y Pozuelo en Madrid), pero no fueron regulados hasta el año siguiente[14,15], configurándose con carácter experimental como Unidades Piloto de Medicina de Familia. Quedaban constituidas a partir de la adscripción voluntaria de al menos tres médicos, uno de los cuales debía ser médico de Medicina General de la Seguridad Social, y se emplazaban en los Ambulatorios y Consultorios del Instituto Nacional de la Salud y de otras instituciones públicas; también debían contar con la colaboración directa de especialistas en Pediatría. Posteriormente[16], la regulación de las Unidades Docentes planteará la exigencia de la posesión del título de especialista en MFyC para poder ser tutor en las mismas, y sólo en su defecto podrían acceder otros médicos "que puedan acreditar una cualificación profesional adecuada".

A lo largo de este proceso nace la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, con el objetivo de coordinar las iniciativas de los nuevos especialistas y de impulsar el proceso de reforma y, con él, la nueva figura profesional del especialista en MFyC[17].

El Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la Formación Médica Especializada y la obtención del Título de Médico Especialista, consolida el sistema MIR y, dentro de él, la formación especializada en Medicina Familiar y Comunitaria. Reconoce la situación de plétora médica que por aquellos días comenzaba a vivirse, abriendo la posibilidad de una "formación básica postgraduada" útil y baremable para el ejercicio en Atención Primaria. Asimismo, establece una vía "especial, restringida y controlada" para la obtención de los títulos de las diferentes especialidades, tanto para profesores universitarios como para los médicos que hubieran realizado dos años de formación especializada previa, dos años de ejercicio en la especialidad correspondiente en centros con docencia acreditada o tres años de ejercicio previo de la especialidad superando un examen de la misma. El desarrollo normativo de este Real Decreto concederá también el título de la especialidad a los tutores de la totalidad del programa formativo de residentes en MFyC; previamente (1981) ya se había otorgado a los

[14] Real Decreto 2392/1982, de 3 de septiembre, sobre creación de Unidades Piloto de Medicina de Familia. Boletín Oficial del Estado nº 230, 25/9/1982, p. 26255-6.

[15] Orden de 22 de octubre de 1982 sobre creación de Unidades Piloto de Medicina de Familia. Boletín Oficial del Estado nº 265, 4/11/1982, p. 30295.

[16] Orden de 19 de diciembre de 1983 por la que se regula el desarrollo de la formación en Atención Primaria de Salud de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado nº 305, 22/12/1983, p. 34296-8.

[17] Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Historia [documento en Internet]. Barcelona:SEMFYC. Disponible en http://www.semfyc.es/es/informativo/historia_semfyc/

Médicos Titulares de forma automática[18].

En toda esta normativa se sigue manteniendo la necesidad de una reforma de la atención sanitaria, uno de cuyos fundamentos sería precisamente la nueva especialidad, y van apareciendo formulados algunos de los rasgos hacia los que se va decantando la Atención Primaria en España: el trabajo en equipo multidisciplinar, la ubicación en una estructura compartida (que se va definiendo ya como "centro de salud"), la atención integral (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) con un enfoque biopsicosocial, la continuidad y la accesibilidad como rasgos definitorios, la formación de profesionales específicos en este ámbito de actuación…

El Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud[19], supone la consolidación del "nuevo modelo" de asistencia sanitaria primaria, aunque de forma provisional mientras se acomete la reforma en profundidad del conjunto del sistema sanitario. Asumiendo el riesgo de dispersión asistencial que se puede producir con la asunción de algunas competencias en salud por las CCAA(las transferencias sanitarias a Cataluña, por ejemplo, ya habían tenido lugar), se plantean una serie de principios básicos comunes para la organización de la nueva Atención Primaria:

- La existencia de una demarcación geográfica y poblacional de actuación: la Zona de Salud.
- La estructura física y funcional para la asistencia: el Centro de Salud.
- El equipo responsable de la atención, con profesionales sanitarios y no sanitarios: el Equipo de Atención Primaria. Incluye médicos (bajo las categorías de Medicina General y Pediatría-Puericultura), enfermeras, matronas, practicantes, auxiliares de clínica, farmacéuticos, trabajadores sociales y personal de administración. Todo el equipo trabajará bajo la dirección funcional de un coordinador médico (aunque algunas regulaciones autonómicas permitirán que esta figura la ocupen otros profesionales).
- Las condiciones laborales básicas (jornada de trabajo de 40 horas semanales y turnos de guardia, retribución en base a las cartillas más un complemento a determinar…).

[18] Real Decreto 683/1981, de 6 de marzo, por el que se regula la obtención del titulo de especialista de Medicina de Familia y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado nº 81, 14/4/1981, p. 8068.

[19] Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Boletín Oficial del Estado nº 27, 1/2/1984, p. 2627-9.

- Las condiciones para la incorporación voluntaria de los profesionales ya existentes al nuevo modelo (que se desarrollarán en sucesivas Órdenes Ministeriales).
- Y la conversión de las unidades piloto de Medicina de Familia en Equipos de Atención Primaria.

Todo ello será incorporado a la estructura general del Sistema Nacional de Salud por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad[20], que, además, fija de forma genérica la cartera de servicios de este nivel asistencial, en el que "mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, la familia y la comunidad; desarrollándose, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, a través tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la Atención Primaria" (art. 56.2.a).

EVOLUCIÓN POSTERIOR

Consolidada legalmente la reforma de la Atención Primaria, su desarrollo ha sido desigual entre las distintas Comunidades Autónomas. El proceso transferencial se ha ido desarrollando a lo largo de los años transcurridos desde la publicación de la Ley General de Sanidad; Cataluña (1981) y Andalucía (1984) ya habían recibido las transferencias con anterioridad, siendo seguidas por País Vasco y Comunidad Valenciana (1987), Galicia y Navarra (1991), Canarias (1994) y el resto de comunidades en 2002, quedando tan sólo bajo gestión directa del Ministerio de Sanidad las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla[21]. Ello ha repercutido en un diferente desarrollo de la Atención Primaria, que ha sido más uniforme entre las Comunidades gestionadas por el antiguo INSALUD hasta el año 2002 que entre las que recibieron con anterioridad a esa fecha las transferencias sanitarias[22], y que en el año 2007 alcanza a más del 90% de la población en todas las CCAA excepto Galicia (figura 1) .

[20] Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado número 102, 29/4/1986, p. 15207 - 15224

[21] Múzquiz R. Análisis del proceso de transferencias sanitarias. Revista de Administración Sanitaria 2000;4(16):603-15.

[22] González B, Urbanos RM, Ortega P. Oferta pública y privada de servicios sanitarios por Comunidades Autónomas. Gac Sanit. 2004;18(Supl 1):82-9.

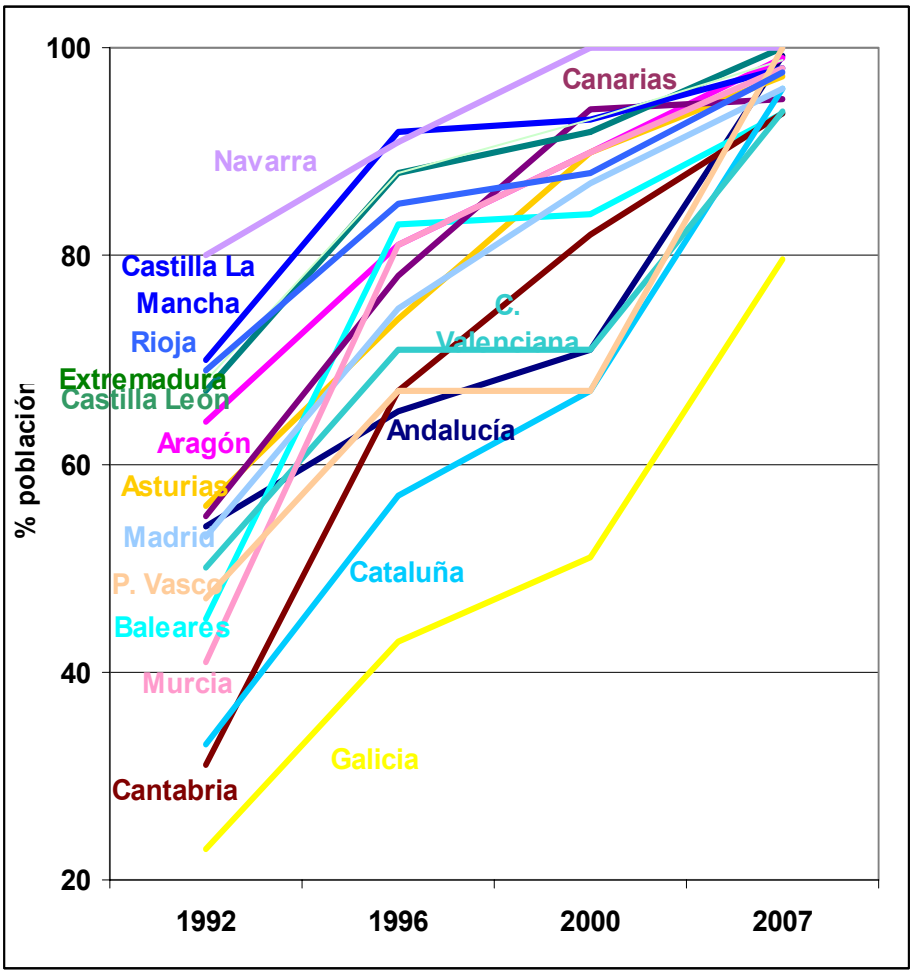

Figura 1. Evolución del porcentaje de población cubierta por el nuevo modelo de AP.

Datos para 2007 aproximados a partir del porcentaje de médicos del nuevo modelo. Fuente: González et al[22] y Sistema de Información en Atención Primaria (Ministerio de Sanidad y Consumo)

Este diferente desarrollo no se queda tan sólo en lo temporal, sino que ha dado lugar también a diferencias retributivas, de condiciones laborales y de organización de los servicios, incluyendo una diversificación de las formas de gestión. Así, junto al tradicional modelo semi-funcionarial existente en todas las CCAA, en el que tanto las infraestructuras como el personal dependen directamente de la administración sanitaria correspondiente, en Cataluña existen centros de Atención Primaria gestionados por consorcios hospitalarios o por las llamadas "entidades de base asociativa" (cooperativas con participación obligatoria de los propios profesionales sanitarios en su capital social), en Valencia hay áreas en que la gestión de la Atención Primaria sigue el modelo de concesión administrativa, dependiendo de la misma entidad privada que gestiona el correspondiente hospital de área, y en varias CCAA existen iniciativas de gestión

descentralizada en marcha (Andalucía) o en etapa de diseño y pilotaje (Castilla La Mancha, la propia Cataluña). Ello a su vez provoca una mayor disparidad en las condiciones de organización y desempeño profesional de los diferentes servicios sanitarios.

También se han producido una serie de modificaciones legislativas que han afectado al funcionamiento de la Atención Primaria, además de los derivados de las respectivas legislaciones autonómicas. El Real Decreto 1575/1993, de 10 de septiembre, por el que se regula la libre elección de médico en los servicios de Atención Primaria del Instituto Nacional de la Salud[23], amplía en las CCAA que aún estaban siendo gestionadas por el INSALUD el derecho a la libre elección de médico y pediatra al ámbito del Área de Salud, siempre y cuando se cuente con la aceptación por parte del facultativo en caso de que el domicilio del interesado se encuentre fuera de la zona básica. Se fija por primera vez el cupo óptimo de médicos de familia y pediatras, que deberán encontrarse en los rangos 1.250-2.000 y 1.250-1.500 respectivamente, similar al indicado como ideal para las Unidades Piloto de Medicina de Familia en 1982, siendo posible superar en un 20% la cifra máxima si se garantiza que ello no va en detrimento de la calidad asistencial. La edad pediátrica queda ampliada hasta los 14 años, aunque los padres de los niños de entre 7 y 14 años podrán elegir libremente a un Pediatra o un Médico de Familia para la atención de sus hijos.

En cuanto a la especificación de los servicios a prestar por la Atención Primaria, el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, desarrolla ampliamente la cartera de servicios que oferta este nivel asistencial, desde los más genéricos (atención integral en consulta y a domicilio, incluyendo actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, así como la atención a las urgencias) hasta una serie de aspectos más específicos relacionados con la atención a la mujer, a la infancia, a adultos y ancianos y a la salud bucodental; en este marco se desarrolla, por ejemplo, el Programa de Atención al Niño Sano, que reconoce el conjunto de actividades preventivas infantiles que, de hecho, ya se vienen desarrollando en el marco de la Atención Primaria (como demuestra, por ejemplo, el Decreto 147/1986, de 24 de noviembre, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se regula el programa para la promoción de la salud de la madre y del niño[24]). Posteriormente, ante la necesidad de actualizar la cartera de servicios, y de evitar

[23] Real Decreto 1575/1993, de 10 de septiembre, por el que se regula la libre elección de médico en los servicios de Atención Primaria del Instituto Nacional de la Salud. Boletín Oficial del Estado nº 238, de 5/10/1993, p. 28396-7.

[24] Decreto 147/1986, de 24 de noviembre, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se regula el programa para la promoción de la salud de la madre y del niño. Diari Oficial de la Generalitat Valenciana nº 492, 23/12/1986, p. 5.335-41.

en lo posible el riesgo de desigualdad entre las Comunidades Autónomas en servicios básicos, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y desarrolla aún más ampliamente el contenido de la Atención Primaria, incluyendo en ella específicamente el control de procesos crónicos, la atención a la salud mental, la atención paliativa a enfermos terminales y la detección y abordaje de grupos de riesgo y de casos de violencia de género y malos tratos. Se aprecia, por tanto, un crecimiento importante de la cantidad de servicios incluidos explícitamente en el ámbito de actuación de la Atención Primaria, que pasan a engrosar la carga de actividades de los profesionales dedicados al mismo.

Uno de los elementos fundamentales para el funcionamiento de cualquier servicio es la financiación que recibe, pudiéndose servir como indicador de la importancia real que se otorga a dicho servicio. Si bien "la Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos" (Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud[25], art. 12.1), el porcentaje de gasto dedicado a dicho nivel asistencial no ha parecido reflejar dicha importancia, permaneciendo continuamente por debajo del 20%, y habiendo decrecido netamente en porcentaje sobre el gasto sanitario total a lo largo de las dos últimas décadas[26], en un país que invierte en salud un porcentaje del PIB inferior al de los países de su entorno[27].

En cuanto a la situación de los profesionales, el mercado laboral médico se fue complicando, encontrándose muchos de los licenciados en Medicina sin posibilidad de formación especializada y engrosando así el número de médicos disponibles para el ejercicio de la Medicina General. Ante esta situación, se acentuó el enfrentamiento entre especialistas y no especialistas, proponiendo éstos la no valoración de la formación especializada en el acceso a plazas del sistema público, y pretendiendo aquéllos poder desplazar automáticamente a los interinos

---

25 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado nº 128, 29/5/2003, p. 20567-88.

26 Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadísticas del Gasto Sanitario 2006 [base de datos en Internet]. Disponible en http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2006/CARATULA_EGSP_2006_Nuevo.xls

27 Organización para la Cooperación y el Desarrollo en Europa (OCDE). Growth in health spending slows in many OECD countries, according to OECD Health Data 2008 [monografía en Internet]. OCDE; 2008. Disponible en http://www.oecd.org/document/27/0,3343,en_2649_34631_40902299_1_1_1_1,00.html

sin la titulación de especialista[28], práctica que se fue extendiendo progresivamente, abocando a los médicos generales que no hubieran alcanzado la condición de personal fijo a una situación de precariedad laboral absoluta. Los tribunales acabaron considerando ilícito dicho desplazamiento, pero las consecuencias de aquel enfrentamiento aún se pueden palpar hoy día en las relaciones entre médicos de familia con y sin título de especialista. El movimiento originado en defensa de la Medicina General, "sin otra distinción", culminó en la creación de la Sociedad Española de Medicina General (y de Familia en su denominación actual) en 1988[29].

En 1989 se regula el "curso de perfeccionamiento" exigido en 1978 para la obtención extraordinaria del título de MFyC para los médicos que hubieran trabajado en el ámbito de la Atención Primaria durante al menos cinco años; se estableció que fuera un curso teórico-práctico de tres meses de duración, en cuya parte práctica debían participar las unidades docentes y los demás recursos asistenciales primarios determinados por cada Comunidad Autónoma[30]. En el seno del conflicto mencionado, la medida encontró una fuerte resistencia entre los especialistas.

La normativa europea fue imponiendo poco a poco la obligatoriedad de la formación específica en Medicina General para poder ejercer, a partir del año 1995, como tal en los sistemas sanitarios públicos[31]. Dicha normativa se traspuso a la legislación nacional mediante el Real Decreto 853/1993, de 4 de junio, sobre ejercicio de las funciones de médico de Medicina General en el Sistema Nacional de Salud[32], en el que se establece la obligatoriedad de la posesión del título de Medicina de Familia y Comunitaria, o bien de la certificación que reconoce los derechos adquiridos por los licenciados con anterioridad al 1 de enero de 1995 para el ejercicio de la Medicina General en el sistema sanitario público. Se generaba así una situación delicada para quienes realizaban en esos años los estudios de pregrado, que no tendrían garantizada la posibilidad de acceder a la

28 Alberto Berguer (ed.). Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina General. Serie Monográfica de Especialidades Médicas, nº 42. Madrid: Organización Médica Colegial; 1990.

29 Sociedad Española de Medicina General y de Familia. Constitución y objetivo [documento en Internet]. Madrid: SEMG; 2008-2009. Disponible en http://www.semg.es/sociedad/constitucion_objetivos.html

30 Real Decreto 264/1989, de 10 de febrero, por el que se desarrolla el curso de perfeccionamiento para la obtención del titulo de médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. BOE número 65, 17/3/1989, p. 7482 - 7483

31 Directiva 86/457/CEE, de 15 de septiembre, del Consejo de las Comunidades Europeas, sobre formación específica en Medicina General.

32 Real Decreto 853/1993, de 4 de junio, sobre ejercicio de las funciones de médico de Medicina General en el Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado número 156, 1/7/1993, p. 20049 - 51

formación especializada debido al limitado número de plazas y a la existencia de una importante bolsa histórica de médicos sin especialidad en las promociones anteriores.

Para dar respuesta a esta situación, se planteó un incremento en el número de plazas de formación especializada, con la reserva, mediante una convocatoria anual específica y exclusiva, de un número considerable de plazas de MfyC para los licenciados en el último año previo a cada convocatoria[33]. La solución apaciguó los ánimos de los estudiantes, y contribuyó, además, a la reducción de la citada bolsa histórica, por lo que seis años más tarde se volvió al sistema de convocatoria única, ya con un número de plazas igual o superior al número de nuevos licenciados[34], lo que ha conducido a una nueva situación de desequilibrio, en la que comienza a quedar vacante un número importante de plazas para la formación especializada en MFyC.

Finalmente, y como vía de salida al enfrentamiento, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acuerda en 1997 un reconocimiento de la formación especializada en MFyC equivalente a entre 6 y 8 años de ejercicio profesional en los baremos para el acceso a plazas de Medicina General, y determina también la apertura de una nueva vías excepcional de acceso al título de médico especialistas en MFyC, vía que desarrollará el Real Decreto 1753/1998[35] (que a la vez pasa a denominar a dichas plazas como Medicina de Familia). A esta vía podrán tener acceso los licenciados pre-95 que hayan ejercicio al menos durante cinco años con anterioridad al 1 de enero de 2008 las funciones de Medicina General en el Sistema Nacional de Salud, mediante la realización de un programa formativo de 300 horas de duración y la superación de una prueba objetiva de evaluación. En este momento se está preparando la última prueba diseñada para dar cumplimiento a esta normativa, existiendo cierta incertidumbre sobre la situación posterior de los que no opten al título o no superen el procedimiento, que en ningún caso esto podrá imposibilitarles el acceso a las plazas de Medicina de Familia.

En el caso de la Pediatría de Atención Primaria, su importancia ha venido siendo progresivamente reconocida por los sucesivos programas docentes de la

[33] Real Decreto 931/1995, de 9 de junio, por el que se dictan normas en relación con la formación especializada en Medicina Familiar y Comunitaria de los licenciados en Medicina a partir del 1 de enero de 1995 y se adoptan determinadas medidas complementarias. Boletín Oficial del Estado número 143, 16/6/1995, p. 18065-6.

[34] Real Decreto 904/2001, de 27 de julio, por el que se unifican las convocatorias para el acceso a la formación médica especializada. Boletín Oficial del Estado número 180, 28/7/2001, p. 27748.

[35] Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio, sobre acceso excepcional al título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y sobre el ejercicio de la Medicina de Familia en el Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado número 205 de 27/8/1998, p. 29232-35.

especialidad[36]. El primer programa unificado de la especialidad, en 1979, refleja ya la conveniencia de "dedicar un 50% del contenido de sus programas teóricos y prácticos al logro de entrenamientos en los aspectos propios de la Pediatría Hospitalaria y otro 50% para los de la extrahospitalaria". El programa de 1984, que incluye un apartado específico referido a la formación en las "áreas específicas", incrementa los contenidos teóricos en salud infantil, e incluye la necesidad de rotar durante seis meses por un centro de Atención Primaria acreditado (o, en su defecto, por una unidad de Pediatría Social). Más adelante, en el año 2002, la Comisión Nacional de la especialidad reconoce los centros de salud de Atención Primaria como "unidades docentes asociadas" para la formación MIR en Pediatría, con el objetivo de complementar la formación hospitalaria con las técnicas y habilidades que los servicios hospitalarios no pueden proporcionar. Finalmente, el programa actualmente vigente de la especialidad establece ya la obligatoriedad de una rotación de tres meses por Atención Primaria para ampliar la formación en atención y seguimiento al niño sano en su contexto familiar y en diferentes habilidades (entrevista clínica, prevención de problemas bucodentales y accidentes, participación en equipos multidisciplinares, etc).[37]

Uno de los problemas fundamentales durante este tiempo ha tenido que ver con los médicos sin la especialidad de Pediatría que ejercían tareas como tales; es el caso de los Médicos Generales / de Familia con formación en Puericultura que prestaban la atención pediátrica primaria, el conjunto más importante de médicos del colectivo "MESTO" (Médicos Especialistas sin Título Oficial). Se desarrollaron dos procedimientos de acceso al título de especialista, en 1984 el primero y en 1999 el segundo, que no acabaron de resolver totalmente el problema, incrementado ostensiblemente en el momento actual debido a la escasez de especialistas de Pediatría y al incremento de su demanda por parte de las instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas. Por otro lado, la situación de quienes no obtuvieron dicho título se ha visto agravada por la reciente Oferta Extraordinaria de Empleo convocada en el año 2001, que no reconoció la experiencia específica de atención pediátrica a los Médicos de Familia que optaron a plazas de esta última categoría.

Otra fuente de conflicto, dentro del ámbito de la Pediatría, se produce debido al hecho de que, con la misma especialidad, existan dos puestos diferentes en el

[36] Villaizán Pérez, C. Situación actual de la formación del residente de pediatría en atención primaria. Resultados de la encuesta nacional del Grupo de Docencia de la AEPap 2007. Disponible en línea: http://www.aepap.org/docencia/encuesta_2007.pdf . Consultado el 18-9-09.

[37] ORDEN SCO/3148/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas. Boletín Oficial del EstadoOE num. 246. 14 octubre 2006. 35657-35661.

sistema sanitario público, el de Pediatra de Equipo de Atención Primaria y el de Facultativo Especialista de Pediatría (ubicado en hospitales). Siendo exigible la misma cualificación para los dos entornos de ejercicio, las convocatorias se realizan por separado, y se ha creado una barrera funcional que impide (o al menos dificulta enormemente) la movilidad de profesionales de uno a otro, la coordinación de funciones en el caso de las CCAA en que se exige o se incentiva el apoyo a las guardias hospitalarias a los pediatras de AP, y el acceso a gran parte de los recursos diagnósticos y terapéuticos basados en el hospital a estos últimos.

Finalmente, y en referencia a los médicos de cupo, decir que se fueron incorporando voluntariamente en un porcentaje significativo; sin embargo, muchos se resistieron a la integración, lo que hizo que las diferentes administraciones intentaran coaccionarles mediante medidas como la reducción de cartillas de beneficiarios, contestadas en los tribunales. Los últimos intentos de incorporación forzosa también han sido paralizados por la justicia, como es el caso de Cataluña.

VALORACIÓN.

La reforma de la Atención Primaria ha supuesto un cambio importante en la forma en que se presta la atención sanitaria más próxima a la población. Muchos de los elementos clave del antiguo sistema continuaron vigentes (médicos ligados a un territorio, pago según población asignada, distribución de la población en cupos, papel de filtro del médico general, presencia de pediatras, ausencia de copagos asistenciales…), pero otros sufrieron una importante transformación (dedicación horaria, utilización de historia clínica y otros registros, formación específica, integralidad de la atención)[12], pudiendo haber contribuido a la elevada valoración que tiene, entre la población, este nivel asistencial.

A su vez, se obligó a los profesionales a integrarse en equipos multidisciplinares y a registrar una cantidad de información aún mayor que la que se recogía con anterioridad, con escasa justificación y sin proporcionar el suficiente apoyo administrativo, lo que, unido al crecimiento de la carga asistencial y a la escasa posibilidad de participación en los procesos organizativos, puede estar en la base del desaliento y el burn-out de muchos profesionales.

Para agravar la situación, el enfrentamiento entre especialistas y no especialistas en el campo de la Medicina General / de Familia, fruto del planteamiento rupturista de la reforma (hábilmente utilizado, por cierto, por la Administración sanitaria), ha sido una pesada carga a la hora de afrontar juntos las dificultades de este nivel asistencial, comunes a ambos colectivos. Se ha facilitado

así una progresiva politización y desprofesionalización de la organización y funcionamiento de la Atención Primaria, invadida con cada vez mayor ímpetu por un sistema gerencialista basado en la eficiencia económica, que incluso acaba acogiendo en su seno a profesionales de la política que no pueden encontrar ubicación en otro lugar del aparato administrativo.

La incorporación masiva de especialistas y no especialistas al sistema sanitario público a través del procedimiento de consolidación de empleo iniciado en 2001 y la situación actual de escasez de profesionales pueden facilitar una reducción de los condicionantes laborales que fomentaron el enfrentamiento entre ambos colectivos, ofreciendo una oportunidad para el trabajo conjunto de todos los médicos del nivel primario de atención, y de sus diferentes organizaciones profesionales, lo que podría contribuir, sin ningún género de duda, a la mejora de la calidad y las condiciones laborales del ejercicio médico en el mismo.

Capítulo 3.

La situación actual de los médicos en la Atención Primaria española.

Lejos de la situación idílica hacia la que pretendía orientarse en sus inicios, la moderna AP se ahoga en su propio éxito, y, con ella, tanto el Médico de Familia como el Pediatra. A la tradicional situación de sobrecarga laboral y escasa capacidad de gestión por parte del médico se une la escasez actual de profesionales, lo que dificulta, por ejemplo, el disfrute de permisos, la adecuada cobertura de plazas asistenciales o la posibilidad de realizar cursos de formación continuada.

El polinomio formado por la oferta real de servicios, recursos aportados, asignación de pacientes/número de visitas, tiempo asistencial, educación sanitaria y calidad de las prestaciones tiene una proporción fija. Si aumentamos un factor más allá de la limitada elasticidad de cualquier sistema, han de disminuir necesariamente todos los demás o alguno de los otros en la proporción correspondiente.

Buscando responsabilidades, hay varios fenómenos que se retroalimentan. En primer lugar, pudo haber más voluntarismo que capacidad de previsión real del futuro en la implantación de la reforma. Por otro lado, los gestores sanitarios, ante el hospitalocentrismo marcado en que se ve inmerso nuestro sistema político-sanitario (contrario a las recomendaciones de las organizaciones internacionales, pero con mayor visibilidad política) han banalizado la AP durante muchos años (asignación de pacientes desmesurada, burocratización, falta de recursos materiales, dificultad de acceso a pruebas complementarias, potenciación de la medicina especializada, salarios bajos, etc.). Finalmente, y como consecuencia de lo anterior, el desconocimiento de la AP y su mala utilización y abuso desmesurado por parte de ciertos sectores de la población han acabado por colapsar el modelo con consultas innecesarias por el simple razonamiento de ser un servicio menor que ya han pagado, cuando no por solicitar algún servicio innecesario incorporado al sistema sanitario para mayor gloria del político de turno. El propio compromiso del médico con la salud de sus pacientes, aun paliando ligeramente el deterioro de la calidad asistencial, ha acabado convirtiéndose en un instrumento perverso al restarle energías en la denuncia de la evolución real de la situación, colaborando así, involuntariamente, en el deterioro de la calidad asistencial.

Vamos a analizar en este capítulo los problemas a los que se enfrenta el médico de Atención Primaria, dividiéndolos en tres apartados: problemas relacionados con la carga de trabajo, problemas derivados de la organización y gestión de la AP, y problemas relacionados con las condiciones laborales y de ejercicio profesional a las que se ve sometido dicho profesional.

I. LA SOBRECARGA ASISTENCIAL

De entre todos los posibles recursos, el que más necesita y utiliza el médico de AP es el tiempo, y está relacionado con la presión asistencial y la carga burocrática que deba soportar. Otros recursos son necesarios, y aunque su cantidad varía de unos ámbitos a otros (rural-urbano, por ejemplo), en ningún caso pueden suplir la importancia del tiempo dedicado a realizar una buena anamnesis o una correcta comprensión de los condicionantes de salud de cada individuo.

De ahí que el exceso de carga asistencial sea uno de los problemas más acuciantes que experimentan los profesionales de la Atención Primaria en su actividad diaria, llevando a muchos de ellos incluso a considerar el abandono del ejercicio profesional. Quizás la mayor desgracia de la Atención Primaria sea precisamente ésta, que su mejor recurso, el tiempo, no sea un bien fungible que cotice en el mercado económico.

Si bien lo anterior es aplicable a la generalidad de la atención médica en AP, la situación se complica aún más en los extremos de la vida, debido a dificultades añadidas. En el caso de la atención pediátrica, y por poner algunos ejemplos concretos, hay que tener en cuenta la inespecificidad de muchos de sus síntomas (que obliga a la realización de exploraciones completas en la mayoría de visitas), o la dificultad para la realización de la anamnesis (muchas veces con información recogida de los familiares que acompañan al niño, cada vez con mayor frecuencia los abuelos o incluso cuidadores contratados por la familia), o el tiempo necesario para quitar y poner la ropa al paciente… En el caso del paciente anciano pueden darse algunas de las circunstancias anteriores, además de la posible presencia de pluripatología y consumo de múltiples medicamentos. Y a ello podemos añadir la presencia de poblaciones con un bajo nivel socioeconómico y/o cultural o con un insuficiente conocimiento de nuestra lengua, que originan consultas necesariamente más largas y complejas, dificultando aún más la tarea del profesional.

Son múltiples las causas de la masificación de las consultas, con la consiguiente repercusión en el tiempo de atención disponible, entre las que destacamos las siguientes: una insuficiente dotación inicial de médicos, una mayor cobertura poblacional y de servicios, una accesibilidad ilimitada, la creciente dificultad para la cobertura de ausencias y vacantes, y la existencia de una elevada carga de actividades burocráticas.

a) Una insuficiente dotación inicial de médicos.

Desde que se diseña la creación y dotación de un EAP hasta su apertura pueden transcurrir de 3 a 5 años, lo que supone un importante desfase en cuanto a dotación de recursos; en los lugares de mayor crecimiento poblacional, el desfase puede alcanzar al 50% de los médicos asignados. En el período inicial de la reforma, a esto se unía la periodicidad quinquenal con que aparecían las cifras de población, lo que hacía aún más intenso el decalaje. La infradotación, además, se ha mantenido a lo largo del tiempo, dado el retraso de las administraciones sanitarias en responder a los incrementos poblacionales. Y no hay que olvidar que, en España, el porcentaje de médicos de AP sobre el total de médicos del sistema público está muy por debajo del ideal del 50% proclamado por las organizaciones sanitarias internacionales.

b) Una mayor cobertura poblacional y de servicios.

La mejora de la calidad de las prestaciones y la mayor capacidad resolutiva de los médicos de AP ha producido un incremento de la cobertura real (pacientes que previamente no asistían a consulta) y de la frecuentación de los ciudadanos asignados. Las tareas preventivas, por otra parte, han originado también un incremento de consultas por parte de personas previamente consideradas sanas, ya que, si bien en principio dichas actividades son controladas principalmente por otros profesionales, posibilitan consultas “oportunistas” con el médico (“ya que estoy aquí”) e incrementan su visibilidad. Con frecuencia, esta carga asistencial generada no es tenida en cuenta, y son frecuentes las incorporaciones de actividades nuevas “a coste cero” (mejor diríamos a “coste no reconocido”, invisible para la sociedad pero no, desgraciadamente, para el profesional que la sufre o los pacientes que éste debe atender en menos tiempo). Finalmente, el incremento demográfico y de esperanza de vida, con la consiguiente cronificación de las patologías, incluso entre la población infantil, así como una marcada tendencia consumista de recursos sanitarios, incrementan la necesidad global de atención sanitaria.

Todo ello ha contribuido al incremento exponencial de la demanda de servicios sanitarios en Atención Primaria, mientras que, en general, la oferta planificada de servicios propia de nuestro país, con el acento puesto simultáneamente en el control del gasto y en la satisfacción aparente de las expectativas de los ciudadanos, no ha posibilitado un incremento paralelo de los recursos disponibles.

La AP española, con capacidad técnica más que suficiente para hacerse

cargo de nuevos programas de seguimiento, atención o vacunación, no puede asumirlos sin la correcta adecuación de sus recursos. Y ello genera una importante frustración en los profesionales, proclives a ofertar una asistencia de calidad. Así, la percepción habitual en los medios profesionales es que, más que de "cartera" de servicios, habría que hablar de "saco" de servicios sin fondo, en donde todo cabe aún a costa de aplastar al profesional que debe mantenerla y llevarla a cabo.

c) Una accesibilidad ilimitada

Se trata de una de las características básicas de la actividad del médico de AP, debido a que su formación y su presencia próxima y continuada al servicio de la población lo convierten en el referente idóneo para atender sus necesidades. En nuestro caso, y a diferencia de muchos países de nuestro entorno, el acceso es gratuito en el punto de atención. Quizás todo ello contribuye a explicar la elevada frecuentación de la AP por parte de nuestros conciudadanos.

En nuestro modelo de sanidad pública, y siendo la AP un servicio sanitario tan importante, la accesibilidad debiera ser completa y sin más obstáculos que los necesarios para el correcto funcionamiento del servicio. Sin embargo, esta importante característica se está desvirtuando con la mercantilización de la asistencia sanitaria, que está obligando a los profesionales y su entorno a organizarse más para dar respuesta inmediata a las exigencias de la población que a prestar una adecuada atención sanitaria a sus necesidades reales de salud. Y la situación de sobrecarga constante de este nivel asistencial multiplica las disfunciones y fatiga a los profesionales, que ven reducida su capacidad de adaptación al entorno cambiante que significa realmente la asistencia sanitaria, llegándose a la creación de listas de espera y a situaciones de auténtico marasmo asistencial.

d) Una mayor dificultad en la cobertura de ausencias y vacantes

La necesidad de cobertura de ausencias médicas, contemplada en la época anterior a la reforma, se fue poniendo poco a poco en cuestión, sobre todo por sus repercusiones económicas. Quizás también influyera que, por una parte, las ausencias de los médicos eran, con diferencia, las más bajas de todo el sistema laboral español, y que, por otra, los gestores miraban al modelo hospitalario, donde en época vacacional se resolvían las ausencias cerrando salas o anulando programación. Sin embargo, en AP no se cierra la puerta, las visitas continúan, y el centro no se cierra hasta que no se han atendido los pacientes.

Se contrataban médicos con condiciones laborales variopintas, bien es cierto que cada vez en menor número, debido a los recortes presupuestarios para esta

materia. Finalmente, la falta de médicos que puedan o deseen trabajar en AP de manera eventual o incluso interina ha dado al traste con esa posibilidad. La ausencia de un médico significa un factor adicional de masificación de las demás consultas; y en muchos lugares, el sobreesfuerzo de los profesionales ni siquiera es reconocido en su salario.

Además, cada vez son más frecuentes los problemas para la cobertura de plazas presupuestadas y aceptadas pero poco atractivas. Esta situación, intensa ya en Pediatría, es cada vez más frecuente en Medicina de Familia; mientras tanto, aumenta el período MIR de Familia y quedan plazas desiertas.

e) Una elevada carga de actividades burocráticas.

Los estudios epidemiológicos constituyen una herramienta imprescindible para la gestión de los servicios sanitarios, y necesitan de la obtención de datos fiables. Para ello, se le ha adjudicado al médico la responsabilidad de recoger y facilitar esos datos, al mismo tiempo que se le ha despojado del auxiliar administrativo. No hay que olvidar que ni todos los médicos tienen grandes conocimientos informáticos, siquiera a nivel de usuario, ni disponen en su bagaje la habilidad de la mecanografía, y que el tiempo de registro de un informático o un administrativo no es comparable con el de un médico.

Es curioso que la necesidad de recogida de datos para la gestión haya facilitado lo que por motivos clínicos no se había podido conseguir: la historia clínica informatizada. Y ello a pesar de que posibilita mejoras que deberían haber propiciado su implantación con anterioridad, tales como la legibilidad de la historia clínica, la agilización de la prescripción repetida, la realización de informes, el mantenimiento de registros documentales, el acceso rápido a pruebas complementarias y la comunicación clínica entre niveles asistenciales o entre distintos centros e incluso CCAA.

Por todo ello, los diferentes modelos de historias clínicas están diseñados pensando más en la recogida de la información necesaria con fines de gestión que en la utilidad para la atención sanitaria clínica, lo que con frecuencia conlleva la necesidad de introducir los mismos datos de forma reiterada. Se impone la “cultura del clicking” en campos cerrados con unas pantallas de acceso cambiantes y muy poco “amigables”, que absorben la atención visual del facultativo y limitan sus posibilidades de “mirar” al paciente.

Estamos asistiendo, además, a la implantación de diferentes modelos de historia clínica en las CCAA, con recursos informáticos incompatibles. Las historias clínicas en atención especializada / hospitalaria (cuando las hay) también son incompatibles incluso dentro de la propia autonomía. Debemos ser conscientes del

coste que supone este desaguisado, y de los recursos que serán necesarios si algún día se pretende unificar siquiera para disponer de una información básica.

Y para colmo de ineficiencia, se establece el sistema informático como principal herramienta de trabajo para todos los registros sin derogarse la normativa que continúa obligando a rellenar en impresos normalizados en papel buena cantidad de aspectos recogidos informáticamente, duplicándose así la tarea. En las revisiones del Programa del Niño Sano, el profesional se ve obligado a cumplimentar la historia clínica informática, a la vez que debe rellenar los apartados de la Cartilla de Salud Infantil y/o del Informe de Salud Escolar. De esta forma lo que se consigue realmente es incrementar la presión burocrática sobre el profesional.

No en vano, diversos estudios cifran entre un 30 y un 40% del tiempo de trabajo del profesional se dedica a tareas meramente burocráticas, frecuentemente inducidas por otros niveles asistenciales o por otras Administraciones del Estado, autonómicas o locales. Ya son más que conocidas la interminable repetición de tiques de reembolso de medicamentos –mal llamados recetas-, la emisión repetida de justificantes de cobro en causa de ausencia laboral justificada por enfermedad –los llamados partes de confirmación-, la multitud de informes requeridos por otras Administraciones para recibir prestaciones de todo tipo… Se reduce así, y de una forma significativa, el tiempo disponible para el verdadero núcleo del ejercicio profesional, la asistencia clínica.

II. UNA INADECUADA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA AP.

a) La evidente politización de la asistencia sanitaria

La conciencia de la utilidad electoral de las prestaciones sanitarias ha llevado a un continuo uso político de las mismas, haciendo que la planificación de la atención se haya alejado de criterios técnicos, y que se hayan creado expectativas en la sociedad a las que luego, difícilmente, se puede dar respuesta. Si bien la descentralización de la Sanidad ha creado un mayor acercamiento de su gestión a las necesidades de los ciudadanos, esta mayor cercanía ha incrementado aún más la utilización política de la asistencia sanitaria por estructuras cada vez más cercanas al punto de prestación, que la valoran más por su rentabilidad electoral que por su aportación a la calidad de vida de los ciudadanos; con ello se dificulta la consolidación a medio y largo plazo de proyectos de gestión.

Se radicaliza así la politización de la gestión, a la vez que se consuma una cada vez mayor expropiación (alienación) de la actividad profesional del médico, sometido a cierta esquizofrenia entre los objetivos profesionales y los de la Administración sanitaria.

b) La escasa valoración de la Atención Primaria

La concepción que se tiene del sistema sanitario es claramente hospitalocentrista y, contra lo que se proclama en los discursos oficiales, considera que su núcleo se encuentra en el diagnóstico y tratamiento de procesos claramente definibles (y probablemente con mayor visibilidad política) y no en la atención integral a la salud, que pivotaría además sobre las actividades de promoción y preventivas. Incluso podríamos ir más allá, y decir que tampoco se valora el papel de la Medicina de AP en la formación médica, dada su escasa visibilidad en el pregrado.

La Atención Primaria ha quedado así relegada al papel de gran olvidada dentro del sistema sanitario, siendo concebida como simple filtro de entrada sin función propia, a la que no se dota adecuadamente ni en cuanto a presupuestos ni en cuanto a recursos humanos. No es, por tanto, de extrañar que la población asegurada a través de sistemas públicos alternativos opte por prestaciones privadas en las que no se incluye la AP.

Se destaca que la preocupación mayor de nuestros gestores es el gasto, lo que hace que la AP sólo sea valorada por uno de sus aspectos, el de su aportación a la reducción del gasto global, y no por el que debería ser fundamental, el de su aportación al nivel de salud de la población; incluso la evaluación de la AP se

realiza principalmente sobre indicadores relacionados con la actividad hospitalaria inducida.

Esto es palpable, además, en la infradotación financiera crónica de la AP en nuestro país, a la cola de los países avanzados de nuestro entorno, y con un crecimiento negativo en cuanto al total del gasto sanitario, como ya ha sido denunciado frecuentemente. Asimismo, continúa la rigidez del modelo presupuestario público, que imposibilita el traslado de presupuestos de un capítulo a otro aunque se justifiquen plenamente, agravándose esta situación con la tendencia creciente a asignar de forma restrictiva un límite presupuestario para cada uno de los capítulos citados, generalmente por debajo de la realidad histórica.

La prioridad no está puesta en la AP, y todo ello contribuye claramente al deterioro continuo de dicho nivel asistencial, a pesar de la evidencia existente en torno a la coste-efectividad de este nivel asistencial, tanto en la atención pediátrica como en la atención a la población adulta y anciana, que con una menor utilización de recursos produce unos mejores resultados en salud

Con todo ello, no es de extrañar la existencia de plazas vacantes de formación en MFyC en las últimas convocatorias MIR, ni tampoco la preferencia mostrada por los pediatras para el ejercicio hospitalario una vez que acaban su formación especializada.

c) La gestión de la AP.

Con la extensión de la reforma de la Atención Primaria, la necesidad sentida de controlar su actividad y monitorizar las mejoras que pudiera ofrecer hizo que se multiplicaran las estructuras de gestión, reduciendo considerablemente la propia capacidad gestora de los EAP. En la actualidad se está pasando de la triada inicial coordinador de equipo (en principio un/a médico/a, a ser posible del propio equipo, y elegido de manera diferente según CCAA), responsable de enfermería y responsable del área administrativa, a la profesionalización de estos cargos, con la figura del Director de Centro / Equipo como un apéndice de la dirección gestora del centro comarcal o sector para el que cualquier profesional es válido, independientemente de su cualificación académica.

Esta dedicación a la gestión dentro del EAP contrasta con su escasa posibilidad real de toma de decisiones, que, frecuentemente coartada, se limita a sugerir al eslabón superior las “necesidades” de su EAP, al establecimiento de los turnos asistenciales y de guardias (si las hubiere), así como de turnos de vacaciones y permisos, a la asignación ocasional de suplencias y a la solicitud de eventualidades o de creación de nuevas plazas; es excepcional que desde el EAP se tenga capacidad para decidir parte de su orientación asistencial hacia aspectos

de salud prevalentes en su zona de influencia, o para cambiar de proveedor de atención especializada si hubiere más de uno, o para influir en actividades propias de la Atención Primaria que se prestan desde otros ámbitos (hospital, cuidados paliativos…).

d) La indefinición de roles y la organización del Equipo de Atención Primaria

Ha venido siendo habitual la crítica de la organización del trabajo en los Equipos de Atención Primaria, achacando gran parte de los problemas a la indefinición de roles asistenciales, creándose así áreas de ineficiencia que acaban repercutiendo, con frecuencia, en el propio médico. Podríamos considerar, entre ellas, la escasa extensión de la consulta a demanda de enfermería, o las dificultades que tienen los pediatras para coordinarse con diferentes profesionales de enfermería allí donde no existe un profesional específicamente dedicado a la enfermería pediátrica.

Ello no ha sido óbice para que se haya exigido, desde todos los estamentos, una "democratización" del funcionamiento de los equipos, intentando reducir la capacidad de influencia y el poder de los médicos, sin asumir a cambio un compromiso asistencial que desarrollara plenamente las capacidades disponibles. El médico se ve así despojado de su capacidad organizativa y, por el contrario, recoge las consecuencias de la inacción de los demás.

La falta de liderazgo de los médicos ha venido, por tanto, potenciada por las propias carencias de la organización asistencial. Sería necesario un completo desarrollo del papel asistencial de todos los profesionales sanitarios, ofreciendo la riqueza y diversidad de capacidades al servicio del único bien del paciente, y sin olvidar que el liderazgo en la actividad clínico-asistencial, si atendemos a lo que establece la redacción del art. 9.3 de la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, corresponde al médico: "cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales, se articulara de forma jerarquizada o colegiada, en su caso atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, y en su caso al de titulación de los profesionales que integran el equipo".

e) La gestión de la propia actividad profesional.

Aunque teóricamente existe una cierta capacidad gestora de la agenda por parte del médico, la masificación hace que la gestión de la agenda se sitúe en el terreno de la utopía. De la distribución inicial de la consulta en tres bandas horarias, para la atención de consultas programadas, administrativas y a demanda (establecida para ordenar la actividad asistencial e incrementar su previsibilidad),

además de la atención domiciliaria y urgente, se ha pasado a un marasmo en el que se va saliendo como se puede de cada consulta, resolviendo lo imprescindible y dejando para mejor momento (¿los hay?) aquello que puede esperar. Esto no hace sino reforzar el círculo vicioso que, lejos de ayudar a "controlar la demanda" (viejo eslogan que entendía de forma gerencialista la tarea del médico), multiplica las visitas e incrementa su imprevisibilidad.

Con mayor o menor fortuna, y frecuentemente bordeando la legalidad, en algunos centros se establecen circuitos administrativos para ciertos procesos que alivian parcialmente la sobrecarga asistencial, como la entrega de partes de confirmación, la repetición de recetas autorizadas, la entrega de informes solicitados o los justificantes de asistencia. Pero aún así no se logra conseguir que los facultativos dispongan de tiempo para afrontar tareas que requieren algún grado de preparación previa (cirugía menor, etc), como tampoco para las no asistenciales, como la organización del equipo o la realización de sesiones formativas, que contribuirían a mantener e incrementar la calidad asistencial.

Por otra parte, la rigidez del sistema organizativo no permite que el profesional adapte su nivel de actividad en relación a sus propias características personales o profesionales; ni siquiera, en muchos casos, se consideran otros factores que también inciden en el nivel de actividad, como las características socioeconómicas y demográficas de la población. Se pretende un profesional estándar, que ve a un cupo estándar de pacientes, al que siempre se cuestiona poniéndole en comparación con el médico-Superman, aquél que lo hace todo rápido (y frecuentemente mal, en lo técnico o en lo humano), y de quien sólo se valora el cumplimiento de objetivos más o menos burocráticos.

Es más, el esfuerzo personal por mejorar la atención, y no sólo por cumplir esos objetivos, no suele ser en absoluto recompensado; más bien, la selección adversa hace que los profesionales más comprometidos con su ejercicio profesional resulten castigados con cupos más cargados o más complejos, sin que ello conlleve ningún tipo de reconocimiento por la institución.

Un problema que viene a agravar la situación es la multiplicación de las visitas "urgentes" que el médico debe asumir aún con la agenda de citas llena para ese día. La situación es aún más grave en el caso de la Pediatría, en la que es común la consulta como urgencia de niños con problemas agudos superponibles a los de los que están esperando para tener su cita previamente concertada. El caos que esta situación introduce en la agenda diaria acaba por erosionar los esfuerzos que el profesional pueda realizar para ordenar su atención.

f) La existencia de problemas de coordinación con otros niveles asistenciales.

La responsabilidad del médico de Atención Primaria como agente del paciente dentro del sistema sanitario debería darle un papel primordial en la coordinación de los diferentes servicios. Debería ser él quien orientara el flujo de pacientes a través del sistema sanitario, tomando parte junto al paciente en la elección de los proveedores especializados, y concretando claramente el papel que se les solicita dentro del proceso asistencial concreto. Se situaría así al paciente en el centro del proceso asistencial.

Sin embargo, en nuestro sistema marcadamente hospitalocentrista, más bien da la sensación de que deben ser el médico de primaria y el propio paciente quienes se adapten a los procedimientos de la organización asistencial en el segundo nivel. Habitualmente, la capacidad de elección del proveedor especializado es muy escasa, incluso para el propio médico de Atención Primaria. Es frecuente que, debido a la inercia asistencial, no se solicite del especialista hospitalario una intervención concreta (recomendación puntual, elaboración de una prueba complementaria o seguimiento de un proceso complejo), o que éste asuma otra diferente a la solicitada (seguimiento a largo plazo de un paciente remitido sólo para valoración diagnóstica y terapéutica puntual).

Viene siendo muy frecuente también que los especialistas carguen con actividad inducida por ellos mismos a los médicos de AP. Y no son extraños los protocolos y guías de práctica clínica confeccionados entre Atención Primaria y Especializada que adjudican la realización de determinadas pruebas complementarias (y sus correspondientes visitas de seguimiento) al médico del primer nivel antes de aceptar la interconsulta o derivación del paciente.

Y es que la actividad de médicos de Atención Primaria y especialistas hospitalarios se desarrolla en ámbitos distintos, mal interconectados y con dinámicas independientes de funcionamiento, muchas veces no conocidas por unos y otros. El desconocimiento personal y la consiguiente relación despersonalizada, facilitados no sólo por la distancia geográfica, sino también por las propias sobrecargas de trabajo de cada uno de ellos, tampoco ayudan a la coordinación.

Otro ámbito de coordinación, fundamental para la Atención Primaria, sería el de coordinación sociosanitaria, motivo de insatisfacción generalizada tanto dentro del ámbito social como del sanitario. La presencia del Trabajador Social dentro de los Equipos parecía que iba a solucionar este problema, pero su papel se ha diluido dentro de la estructura (a veces por no ser bien comprendido y utilizado por los

propios profesionales sanitarios del Equipo) y de la general insuficiencia de recursos de que se les ha dotado. En muchas ocasiones esto hace que recaigan en el médico de Atención Primaria problemas de marcado carácter social.

Por otro lado, las instituciones que habitualmente prestan servicios del ámbito sociosanitario funcionan completamente desvinculadas de la AP, que maneja a los pacientes dependientes durante gran parte de su vida. La separación de lo social y lo sanitario, además, ha quedado de manifiesto en la reciente Ley de Dependencia, que a pesar de consolidar un denominado espacio "socio-sanitario", organiza la atención a la dependencia en relación exclusivamente con los servicios sociales, lo que no va a facilitar en absoluto un papel de coordinación de los profesionales de la Atención Primaria.

III. UNAS CONDICIONES LABORALES Y DE EJERCICIO PROFESIONAL INAPROPIADAS

a) El menosprecio de la actividad del médico de Atención Primaria

La escasa preocupación mostrada por políticos y gestores sobre las condiciones en que se ve obligado el médico del nivel primario de atención a prestar asistencia a sus pacientes muestra el poco aprecio que hacen de su actividad profesional, una actividad para la que el tiempo es una herramienta básica y cuya dimensión humana no puede ser resumida en los paneles de resultados, tanto de gestión como políticos, que se desean desde la Administración Sanitaria. Es evidente, por tanto, el divorcio entre las expectativas de pacientes y profesionales, por un lado, y las de gestores y políticos por otro, realidad que seguramente no es ajena al elevado índice de afectación de nuestros profesionales por el burn-out. Pero la salud laboral de los médicos no es una prioridad de nuestra organización sanitaria. Como tampoco lo es la fidelización de los profesionales, a los que se contrata en múltiples modalidades, muchas de ellas calificadas como "contratos basura", que llegan incluso a colocarse al margen de la ley.

La cultura extendida por doquier de que las expectativas de todo tipo hay que satisfacerlas cuando cada uno quiera expone a profesionales y servicios a una sobrecarga añadida. Ello explica el abuso de las urgencias y la consiguiente necesidad prolongar la jornada laboral de los profesionales, o de contratar personal en horarios y turnos "extraordinarios", enemigos de la salud laboral y de las necesidades de conciliación familiar de los profesionales. Además, promover dicha cultura de asistencia a la carta, como se hace desde los poderes públicos, les expone además a agresiones y vejaciones que, en ningún caso, tienen el deber de soportar. Y es que tampoco aquí hay que perder de vista que los recursos son limitados, y que no se pueden estirar hasta el infinito.

Finalmente, podemos constatar algunos intentos de interferencia que los niveles de gestión realizan sobre la práctica médica: limitación del acceso a pruebas complementarias (errática y sin fundamento), condicionamiento de la prescripción, desconfianza en la gestión de la incapacidad temporal… Todo ello desfigura la actividad del médico y contribuye a su desmoralización.

b) La fragmentación del sistema sanitario

En un mundo globalizado que facilita la movilidad entre diferentes ámbitos geográficos, es difícil de entender que la Medicina, conocimiento universal como el que más, sea dividida en España en 17 compartimentos estancos, las CCAA. Ello

origina problemas de movilidad de los profesionales entre las distintas regiones. La lengua, por otra parte, se está convirtiendo progresivamente en un nuevo factor limitante de dicha movilidad. Y la misma fragmentación se percibe en las múltiples diferencias retributivas y de condiciones laborales que se encuentran los profesionales.

En la tabla siguiente quedan reflejados los importes fijos brutos anuales de cuatro tipos de médico de Atención Primaria Rural[38].

	Propietario sin exclusiva sin guardias	Propietario sin guardias con exclusiva	Propietario con exclusiva y guardias	Interino con exclusiva y guardias
Andalucía	41.927,66	53.104,32	65.969,16	56.061,84
Aragón	60.421,34	58.075,94	70.219,94	64.227,98
Asturias	49.767,78	60.222,94	73.998,94	61.214,02
Baleares	56.341,24	56.341,24	70.429,24	62.264,32
Canarias	58.510,90	58.510,90	73.197,46	62.376,34
Cantabria	54.658,16	60.087,70	74.482,42	61.817,50
Castilla y León	56.527,40	56.527,40	68.503,40	58.718,48
Castilla Mancha	57.932,82	58.283,95	73.259,95	60.415,03
Cataluña	53.916,04	58.551,21	72.980,79	58.376,61
Ceuta y Melilla	61.267,97	71.510,11	82.646,11	66.047,83
Extremadura	56.452,14	59.226,52	71.754,52	59.405,74
Galicia	49.076,92	59.679,66	75.641,66	62.611,94
Madrid	60.929,98	60.929,98	74.105,98	59.527,06
Murcia	62.666,03	62.612,35	79.676,35	69.645,43
Navarra	44.024,02	53.425,38	67.315,38	58.258,08
País Vasco	58.456,89	63.224,37	76.673,73	64.685,61
Rioja	60.689,44	60.689,44	73.577,44	60.548,92
Valencia	53.184,23	56.102,19	68.972,19	56.771,15
Media España	**55.375,05**	**59.283,64**	**72.966,93**	**61.276,33**
Máximo España	**62.666,03**	**71.510,11**	**82.646,11**	**69.645,43**
Mínimo España	**41.927,66**	**53.104,32**	**65.969,16**	**56.061,84**

Así, podemos destacar que las diferencias entre la máxima y la mínima retribución nacional han sufrido un fuerte incremento en los últimos años, llegando hasta 1.691 euros/mes y 20.738 euros/año (eran más de 1.500 euros/mes y sobrepasaban los 16.300 euros/año en 2007). También existen importantes diferencias en el precio de la hora de Atención Continuada[39].

Otro problema añadido es la falta de un sistema común de reconocimiento de

[38] Mata V. Retribuciones de cuatro tipos de Médico de Atención Primaria Rural en España, año 2008.

[39] Matas Aguilera V, Cantalejo Santos FJ. Grandes diferencias en el precio de la hora de Guardia en Atención Primaria [Documento en Internet]. Granada; Sindicato Médico de Granada; 2009. Disponible en http://www.simeg.org/modelo%20retributivo/documents/Guardias2009-AP.pdf

los méritos profesionales, palpable de una forma clara en los problemas de compatibilidad de las diferentes carreras profesionales. Si la Medicina es una y la misma para atender al sufrimiento humano, lo difícil es valorarla de diferente manera dentro del mismo país. A pesar de todo, en España somos capaces de hacerlo.

c) La manifiesta insuficiencia retributiva

La realidad salarial de los médicos españoles dista mucho de ser satisfactoria, y para constatarla no tenemos más que mirar a la situación de los médicos en los países de nuestro entorno. A título informativo, podemos referir los salarios de los médicos generales / de familia en los siguientes países:

- Reino Unido: entre 90.000 y 144.000 euros/año.
- Suiza: entre 106.000 y 128.000 euros/año.
- Alemania: entre 60.000 y 80.000 euros/año.
- Noruega: entre 50.000 y 85.000 euros/año.
- Holanda: entre 47.000 y 116.000 euros/año.
- Dinamarca: entre 49.000 y 100.000 euros/año.
- Irlanda: entre 66.000 y 100.000 euros/año.
- Francia: entre 60.000 y 115.000 euros/año.
- Italia: entre 45.000 y 84.000 euros/año.
- Estados Unidos: entre 147.000 y 170.000 dólares/año.

Parece evidente que nos encontramos en el vagón de cola de Europa en cuanto a retribuciones se refiere. Quizás esto, junto al escaso reconocimiento de la actividad asistencial del médico en AP en España, justifique las tensiones migratorias sufridas por nuestra profesión en los últimos años, que supusieron la salida de valiosos profesionales a sistemas sanitarios con mayores posibilidades (Reino Unido, Portugal, Francia).

A todo ello se suma la existencia de sistemas de incentivación mucho más orientados a la contención del gasto que a la consecución de resultados en salud, lo que hace que la actividad médica no sea sólo mal retribuida, sino además deficientemente reconocida.

VALORACIÓN

Son muchos los problemas que afectan hoy al médico de Atención Primaria, con una multiplicidad de orígenes. La importante politización de la gestión, la continua intervención de la actividad de los profesionales, la rigidez más absoluta de las condiciones de ejercicio, el evidente y persistente hospitalocentrismo de nuestros sistemas sanitarios y la insuficiencia presupuestaria y retributiva hacen mella, día a día, en la actividad profesional del médico.

Se hace difícil creer, pues, que soluciones simplistas como la sola modificación del modelo de gestión puedan dar salida satisfactoria a las inquietudes generadas. Es por eso que conviene hacer una reflexión seria sobre la identidad y las posibilidades del médico de Atención Primaria, y elaborar una serie de requisitos mínimos que debe reunir cualquier modelo de organización asistencial para poder permitir un digno ejercicio del servicio que este profesional presta a la sociedad, en unas condiciones que le estimulen a la excelencia. A ello vamos a dedicar el siguiente capítulo.

Capítulo 4.

Condiciones necesarias para el ejercicio profesional de la Medicina en el ámbito de la Atención Primaria.

Partiendo de que la Atención Primaria es un ámbito de actuación multisectorial, incluso desde un punto de vista específicamente sanitario exige la participación de distintos profesionales trabajando coordinadamente, de manera que sea posible la integración de los cuidados de salud. En España esto se concretó en los Equipos de Atención Primaria, que constituyeron una auténtica revolución en nuestro sistema asistencial (basado hasta ese momento fundamentalmente en el trabajo individual de sus profesionales), y que, habiendo aportado ventajas significativas desde el punto de vista organizativo, han sido origen de múltiples tensiones entre los profesionales, al no quedar correctamente definidos los distintos roles y al haber intentado soslayar el liderazgo del médico en el conjunto del sistema.

Frente al descontento e insatisfacción existente entre los médicos de AP, se ha sugerido que el problema fundamental es de modelo de gestión, por lo que se han propuesto diferentes alternativas al modelo actual. La pregunta fundamental, desde nuestra perspectiva, no sería cuál es el mejor sistema de gestión para la AP, sino qué criterios mínimos debe reunir el marco organizativo de la Atención Primaria para permitir una atención sanitaria de calidad, y, dentro de ella, un adecuado ejercicio de la profesión médica. Es ésta la pregunta a la que vamos a intentar responder a lo largo del presente capítulo.

1. REDESCUBRIR EL VALOR DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

En línea con lo afirmado por las organizaciones internacionales y por la propia legislación española, se hace necesario, en primer lugar, reafirmar en la práctica la importancia de la Atención Primaria. De nada serviría trabajar por conseguir unas condiciones dignas de ejercicio profesional para el médico de este nivel asistencial si antes no se reconoce la significación e importancia del mismo. Y es que restarle valor a la Atención Primaria, o reconocérselo tan sólo en el plano teórico, implica necesariamente una desconsideración expresa de la salud de los individuos y de la labor asistencial de sus profesionales. Sin embargo, esa es la situación con que nos encontramos en España, como ya ha quedado reflejado suficientemente a lo largo de este documento.

En tal sentido, el último informe de la OMS sobre la salud en el mundo (“La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca”), pone de manifiesto las importantes desigualdades existentes en la situación sanitaria a nivel global y en el interior de los propios países, y destaca cómo cuando se comparan diversos países con el mismo grado de desarrollo económico y con un mismo nivel de

inversión, aquellos que han organizado la atención sanitaria en torno a los postulados de la Atención Primaria de Salud gozan de un nivel de salud más alto. Y el mayor grado de eficiencia de este nivel asistencial cobra en este momento una importancia adicional, teniendo en cuenta la situación global de crisis económica que atravesamos.

Se hace necesario refrescar el origen para descubrir el verdadero sentido de la Atención Primaria. Recordemos que se trata de algo más que la mera "puerta de entrada" al sistema sanitario (o de salida, tal y como se está "poniendo de moda" describir la AP en los últimos años), ya que es "la asistencia sanitaria esencial…, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad", que "representa el primer nivel de contacto… con el sistema nacional de salud…". Su concepción como mera *puerta de entrada* surge desde una percepción claramente centrada en la atención hospitalaria y en el control del gasto sanitario, y no tanto en su capacidad real de respuesta a las necesidades sanitarias de la población. La AP sería, más bien, una opción del propio sistema, más eficiente y humanizadora, que se constituye en interfase entre dicho sistema y la sociedad, y que desarrolla su actividad en proximidad a la vida diaria de los ciudadanos.

Pero para ello ha de estar suficientemente dotada de recursos, tanto materiales como de personal cualificado. No se puede mantener la infradotación económica a que está sometida crónicamente, ni la desconsideración sistemática de sus condiciones reales de funcionamiento.

Precisamente, la auténtica dificultad de la AP parece ser su escasa visibilidad política, dada la sencillez de sus recursos y la cotidianeidad de su actividad asistencial, que la hacen poco rentable políticamente a pesar de su alta rentabilidad sanitaria y social. Por eso, continuamente está en riesgo de ser descuidada dentro de la política sanitaria de las CCAA, reduciéndose progresivamente su peso en el conjunto del gasto sanitario y distanciándose, cada vez más, del gasto medio en los países de nuestro entorno.

Es necesario, por tanto, un incremento significativo del gasto sanitario en su conjunto, y de la porción dedicada a la AP. Y también será necesario preguntarse, ante cada propuesta alternativa de gestión, si ésta reconoce adecuadamente el papel de la AP dentro del sistema sanitario (financiación adecuada, definición de funciones, papel dentro del conjunto del sistema), o se limita a alejar la responsabilidad por su mal funcionamiento de los órganos políticos y gestores de decisión para que ésta recaiga sobre los profesionales.

2. REPENSAR EL PAPEL DEL MÉDICO EN EL COMPONENTE SANITARIO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.

Tradicionalmente, la profesión médica ha estado vinculada al hecho de la enfermedad, y lo ha estado como manifestación "técnica" de la compasión, de la preocupación del ser humano por el sufrimiento de quien es como él. Y aunque durante el siglo XX se ha producido un potente florecimiento del concepto de salud, no podemos olvidar que nuestros conocimientos al respecto del mismo derivan, en último lugar, de la realidad de la enfermedad.

Sin embargo, en la Atención Primaria actual, de proximidad para con la vida cotidiana de los individuos y sus familias, donde las fronteras entre salud y enfermedad no están claras, el papel del médico adquiere, lógicamente, matices nuevos. Aporta una atención de continuidad, ejemplificada en grado sumo por el papel tradicional del médico de cabecera, que acompaña la experiencia vital de salud -enfermedad de la población que tiene a su cargo. Y aporta un mayor conocimiento de la realidad de cada individuo, de cada familia y de cada comunidad, lo que le sirve para una mejor evaluación y manejo de la situación de salud de cada uno de ellos, cada vez más compleja ante el aumento de las patologías crónicas y la comorbilidad.

El médico de AP tiene, por tanto, un papel fundamental y peculiar en la aplicación de los conocimientos sanitarios a la realidad concreta de la población a la que atiende. Precisa, por ello, de los recursos necesarios para la actividad básica de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, que incluye fundamentalmente la realización de una correcta anamnesis y exploración física, pero también del tiempo necesario para poder conocer los valores y las experiencias de las personas a las que ha de atender. Y si es cierto que la longitudinalidad de su actividad, el trato sucesivo con los mismos pacientes, permite fraccionar algunas actividades en varios encuentros, también lo es que las actuales condiciones de masificación impiden una asistencia humana y dificultan enormemente la calidad de las actividades de índole más técnica, entorpeciendo la adecuación de las intervenciones a la realidad personal de los individuos.

No es comprensible que estos profesionales, con una labor tan importante y, a la vez, tan específica, tengan que dedicar parte de su valioso tiempo a actividades meramente burocráticas y con una mínima trascendencia clínica. Debe haber, por tanto, el suficiente apoyo administrativo y sanitario a la actividad asistencial de los médicos, debiéndose promover las medidas necesarias para que se haga recaer cada tarea no específicamente clínica en el profesional que con mayor efectividad y eficiencia pueda realizarla.

Reconociendo el necesario liderazgo asistencial del médico, éste tiene también un papel en las actividades no directamente asistenciales de la AP, como pueden ser la educación para la salud o la participación comunitaria, dados tanto su conocimiento médico como de la realidad sanitaria y social de la población a la que atiende. No se debe perder de vista la necesaria continuidad y coherencia de estas actividades con la más puramente asistencial, de forma que no se faciliten informaciones contradictorias en los diferentes ámbitos de actuación. De ahí la importancia de la una adecuada coordinación de las diferentes actividades realizadas y de los diferentes profesionales que intervengan en las mismas. Por su amplia visión, el médico tiene aquí también un papel fundamental.

3. REQUISITOS MÍNIMOS PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA MEDICINA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Reconocimiento explícito del liderazgo clínico en el proceso asistencial

La indefinición crónica de los papeles profesionales dentro de los Equipos de Atención Primaria ha conducido a la dilución de responsabilidades, haciendo del médico el profesional "escoba" que realizaba todas aquellas actividades que no realizaban de motu propio otros miembros del EAP, sin un reconocimiento explícito de su liderazgo en el proceso clínico. Por ello, la necesaria conjunción de distintos profesionales para prestar la atención primaria hace necesario que queden claramente definidos los papeles de cada uno de ellos. En este sentido, el apartado 2.a) del artículo 6 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, especifica claramente el papel del médico:

> *Médicos: corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención.*

Cualquier propuesta de organización y gestión de la Atención Primaria deberá ser evaluada desde su capacidad para hacer posible el liderazgo del médico, de cara a una mejor coordinación de la actividad asistencial. El medico de AP, por su proximidad, sus conocimientos, su función integradora de la atención, su fácil accesibilidad y sus posibilidades de continuidad asistencial, debe recuperar su papel de coordinación dentro del sistema de salud. Se le deberá dotar, por tanto,

de una alta capacidad de decisión-coordinación dentro de la organización, con amplia participación en los órganos de gestión de las instituciones sanitarias, haciéndose necesaria, además, una mejor definición y motivación del conjunto de roles profesionales.

Garantía de un nivel suficiente de calidad asistencial

1. Tiempo adecuado por consulta

Si verdaderamente creemos que el usuario es el centro del sistema y el profesional su principal activo, garantizar que el encuentro asistencial se realice bajo unas mínimas condiciones de calidad es fundamental en la organización y diseño de los sistemas sanitarios. Y uno de los recursos necesarios para ello es, como ya hemos razonado anteriormente, el tiempo.

Con el sistema organizativo habitual de los centros de primaria, la asignación del tiempo por paciente en las agendas diarias viene determinada por la cantidad de demanda, no valorándose en general la calidad o el tipo de ésta. Es decir, podríamos decir que por encima de un nivel determinado de pacientes a atender, la calidad de la asistencia se reduciría proporcionalmente al número total de pacientes, al reducirse el tiempo disponible para cada uno de ellos; y es que dicha reducción se correlaciona con mayor número de errores médicos y de demandas, insatisfacción de los usuarios y de los propios profesionales, reducción del número de actividades preventivas, incremento de derivaciones innecesarias y de prescripción farmacológica y menor grado de cumplimentación de la historia clínica.

Por todo ello, parece necesario definir un estándar de tiempo mínimo de consulta por paciente en la agenda, por debajo del cual no podemos hablar de atención de calidad.

2. Una asignación adecuada de cargas de trabajo

Debido a la relación inversa, mencionada más arriba, entre tiempo disponible por consulta y número de pacientes a atender, la exigencia de un tiempo adecuado pasaría por una asignación proporcionada de la carga de trabajo total a soportar por los profesionales, función, por un lado, de la dimensión de la población a atender (teniendo en cuenta las peculiaridades socioeconómicas y de morbilidad-mortalidad de la misma) y, por otro, de la cartera de servicios a ofrecer a la misma.

Contra la irresponsabilidad que supone ofrecer nuevos servicios a la población sin haber calculado previamente su impacto en actividad asistencial añadida o en consumo de recursos, que introduce al sistema sanitario en una espiral de engaño continuo en el que se ven inmersos los profesionales, cualquier incremento de

servicios o prestaciones sin un aumento paralelo de los recursos conlleva necesariamente una reducción en el factor poblacional. La clásica determinación del cupo ideal de personas por médico (entre 1.200 y 1500 personas en el caso de los médicos de familia, y entre 900 y 1.000 en el caso de los pediatras) es relativa, por tanto, a los condicionantes existentes en el momento de su cálculo, y debería adaptarse al contenido de la cartera de servicios, además de a las características de la población a atender y a las condiciones laborales y de ejercicio profesional concretas, destacando entre ellas la carga burocrática a soportar por los médicos.

Debe quedar perfectamente definido, por tanto, y con criterios profesionales más que políticos, el binomio población a atender - servicios a ofrecer, que permita un adecuado desarrollo de la actividad asistencial del médico. Mantener el binomio en su situación actual, de claro desequilibrio, y pretender traspasar la responsabilidad directa a los profesionales, no es una solución adecuada a los problemas de la AP.

En todo ello habrá que considerar, además, el respeto y promoción de los derechos laborales de los profesionales. Hay que tener en cuenta de manera especial en este apartado las ausencias retribuidas (permisos oficiales, incapacidad temporal, etc), así como las necesidades de conciliación con la vida familiar que surgirán de manera creciente en los próximos años, debido a la progresiva feminización de la profesión y a la probable redistribución de responsabilidades familiares en el futuro.

3. Facilitar el mantenimiento de la capacidad profesional

Otro criterio fundamental a la hora de valorar cualquier nuevo modelo de gestión de la AP será la forma en que reconoce y posibilita la realización de las actividades no asistenciales necesarias para mantener la capacitación y el dinamismo creativo de los profesionales.

El médico, al igual que cualquier otro trabajador, tiene unos límites físicos y psíquicos para lograr un rendimiento adecuado, debiendo evitarse su saturación por los riesgos que implica para el paciente, para el médico y para el propio sistema, en aplicación de los conceptos de seguridad al uso. Y esto no es sólo importante para definir un número máximo de pacientes a atender en una jornada habitual, sino también para tener en cuenta su repercusión en las posibilidades reales del profesional de mantenerse al día en los conocimientos de su ámbito y de involucrarse en proyectos de investigación y de mejora de la actividad asistencial. Aunque esta realidad parecía tenerse en cuenta mediante la reserva normativa de una parte de la jornada a este tipo de actividades, limitando la actividad asistencial a un máximo de entre el 60 y el 65% del horario total, esta reserva ha sido en la mayoría de los casos más teórica que real.

4. Disponer de una adecuada dotación de recursos

Es difícilmente justificable disponer de profesionales altamente cualificados y no dotarles del suficiente nivel de recursos para el correcto desarrollo de su actividad profesional. A título orientativo, algunos de los recursos materiales imprescindibles serían los siguientes:

- un adecuado entorno para la prestación de la actividad asistencial, que incluya una consulta bien equipada, sala de espera, área administrativa y disponibilidad de una sala de curas y atención a urgencias.
- todo el utillaje necesario para atender una urgencia vital y hacer curas, suturas e inmovilizaciones, y para una exploración básica, tanto general como pediátrica: electrocardiograma/desfibrilador, material de reanimación básica y avanzada, fonendoscopio, oftalmoscopio, otoscopio, laringoscopio, rinoscopio, martillo de reflejos y sensibilidad cutánea, material para determinación de glucemia y coagulación (INR), disponibilidad de osciloscopio/eco doppler y espirómetro, etc.
- un apoyo administrativo adecuado, así como la disponibilidad de personal de ayuda en consulta si es requerido (auxiliares de consulta, apoyo de enfermería para la realización de determinadas actividades, etc).
- una dotación adecuada de tecnologías de la información y comunicación para el tratamiento ágil de la información generada en consulta, gestión de la historia clínica y otros documentos, así como para facilitar la prestación de asistencia no presencial en determinados supuestos adecuados para la misma (contacto con pacientes a domicilio, posibilidad de remisión de resultados de pruebas complementarias normales…).
- acceso a: medios de transporte adecuado según circunstancias y distancia al centro asistencial especializado; radiología y ecografía informadas y determinaciones analíticas con carácter urgente en 24 horas y en 7-15 días máximo las no urgentes; consultas especializadas en un tiempo máximo de un mes, disponiendo de circuito preferente en caso de solicitud en una semana, y de circuitos específicos y ágiles ante la sospecha de cáncer de piel, mama, pulmón, gástrico o colorrectal…

La posibilidad del médico de AP de resolver en proximidad los problemas de salud de los individuos dependerá, además, de la posibilidad de acceder a recursos diagnósticos y terapéuticos existentes en otros dispositivos asistenciales, con las mismas condiciones, reservas y garantías que cualquier otro facultativo, con la única limitación que supone realizar aquellas actividades para las que tenga suficiente formación y criterio.

Posibilitar la adaptación de la actividad a la realidad personal y profesional del médico.

No todos los profesionales son iguales, ni desarrollan las mismas capacidades con la misma habilidad, ni disponen de las mismas características de personalidad. Tampoco son homogéneas ni constantes las necesidades de salud de la población. De ahí que la agenda diaria debería poder ser diseñada y manejada por el propio profesional, para que se convierta en un instrumento dinámico y fácilmente adaptable a las distintas necesidades existentes, garantizando la adecuada accesibilidad de los ciudadanos. Cualquier iniciativa de descentralización de la gestión debería pasar por esta consideración previa, ya que de lo contrario se estaría partiendo de la desconfianza hacia la actividad de los profesionales.

La adaptación de los horarios a las propias necesidades personales de los médicos es otro elemento a tener en cuenta. No ya sólo hablamos de la regulación oficial de la conciliación de la vida familiar, sino también de la posibilidad de horarios que, cubriendo las necesidades asistenciales reales de la población, hagan posible una adecuada compatibilidad de la vida personal y la profesional, aún respetando íntegramente la jornada laboral. En este sentido, habrá que ser muy críticos con jornadas que, más allá de atender a las necesidades asistenciales reales, buscan satisfacer la mera comodidad de los usuarios a costa de horarios inasumibles o de jornadas especiales, como es el caso de las llamadas guardias. No se puede justificar semejante abuso de la jornada laboral de los médicos por meras cuestiones de conveniencia o de rédito electoral. Sería deseable, por tanto, una política que promueva la correcta utilización de los recursos sanitarios, facilitada a través de iniciativas educativas o disuasorias.

Rentabilizar la actividad profesional del médico

En un momento donde se busca, casi obsesivamente, la eficiencia, resulta totalmente incongruente que la organización no busque aprovechar al máximo el tiempo del médico, evitando que se convierta en el “super-secretario” del sistema. Un axioma general podría ser: “Si otro profesional lo puede hacer, no es tarea del médico”.

No vamos a repetir lo que representa la actual sobrecarga asistencial, en especial la de tipo burocrático. De ahí que se haga imprescindible revisar los circuitos y procesos, adaptando y corrigiendo las normativas que sean precisas para evitar la burocracia inútil (renovación recetas, IT, informes y certificados varios, repetición mecánica de datos de filiación…). Junto a las responsabilidades a

nivel estatal y autonómico, habrá que considerar las posibilidades de reducción de la carga burocrática que ofrece el propio dispositivo asistencial.

No podemos seguir aceptando conceptos como “renovar recetas”, y deberíamos llamar a cada cosa por su nombre. La receta es un documento médico, que recoge de forma escrita una prescripción, de uno o varios productos, generalmente fármacos, a unas cantidades o dosis dadas, por un tiempo determinado. La forma en que el usuario accede a esta prestación a través de las oficinas de farmacia y cómo éstas cobran sus servicios y ventas (facturan) no es un tema estrictamente médico; por tanto, corresponde a otro ámbito, básicamente administrativo, el afrontar estas problemáticas. No se puede seguir admitiendo que la tarea administrativa necesaria para la prestación farmacéutica dentro del Sistema Nacional de Salud sea una responsabilidad médica.

Algo similar habría que decir de los procedimientos que regulan la incapacidad laboral transitoria, basados en usos de hace casi dos siglos, cuando se cobraba el salario de forma semanal. ¿En base a que disposición o interés no es aplicable al resto de los trabajadores la misma normativa que regula esta situación entre el funcionariado, y que permite la entrega de partes con una periodicidad adaptada a cada caso concreto?

En resumen, no es de recibo seguir manteniendo requerimientos burocráticos y administrativos que implican en tareas no médicas al médico y que contribuyen de forma notable a la masificación de la Atención Primaria y al deterioro de su actividad asistencial, máxime cuando vienen impuestas desde los centros de gestión que proclaman la necesidad de una atención eficiente y de calidad.

Garantizar unas adecuadas condiciones de ejercicio profesional

En la medida en que la relación contractual mayoritaria de los médicos con el sistema es la estatutaria, regulada con cierta rigidez por una normativa específica, se precisa de una aplicación ágil y correcta de los procesos de contratación, los concursos de traslados y los planes de “conciliación familiar”, entre otras circunstancias, al menos con el mismo dinamismo que se da en el caso de otros empleados públicos. No se puede seguir justificando la existencia de procesos selectivos que tardan varios años en resolverse, mientras procesos similares en el ámbito de la educación, por poner tan sólo un ejemplo, se completan en unos meses.

Independientemente de ello, y cualquiera que sea el marco laboral en que se desarrolle la actividad del médico, sus derechos laborales deben quedar suficientemente garantizados, de forma que no quede sacrificada su realidad como

persona a la hora de garantizar el derecho de asistencia sanitaria de otras personas. Ello requiere una gestión adecuada y responsable de los recursos humanos profesionales, de mucha mayor calidad que la observada regularmente. Es difícil entender que se pueda pedir a los profesionales una mayor humanización de la atención y, a la vez, tratarles de forma deshumanizada. Lo más probable es, que a medio y largo plazo, este tipo de gestión acabe desmotivándoles, como ya lo está haciendo, repercutiendo negativamente en el conjunto de la sociedad.

Será necesario, además, incrementar la seguridad del ejercicio profesional, de forma que se potencie la dignidad personal y la dedicación de los profesionales a lo que es el núcleo de la actividad asistencial. Es necesario promover el reconocimiento de la actividad asistencial y recuperar la imagen social del médico como profesional al servicio de las necesidades de salud de los ciudadanos, y no como parche reparador de las deficiencias del sistema, o, incluso, del conjunto de la sociedad. Una menor presión social sobre los profesionales (sin que ello sirva de excusa para que éstos no cubran su compromiso asistencial) y una mayor protección frente a las agresiones contribuirán a la mejora de la actividad médica. Y habría que analizar de qué manera contribuye la autoridad sanitaria, o la empresa correspondiente, a cuidar la imagen y la seguridad de los profesionales de AP.

Los aspectos salariales han sido tratados previamente en otro lugar del documento, pero es preciso volver a decir que las retribuciones del personal médico deben estar en relación directa con la preparación, dedicación y responsabilización que la sociedad les exige, y con las retribuciones de los profesionales de nuestro entorno europeo, si queremos seguir contando con los mejores profesionales para nuestra asistencia sanitaria. No se puede seguir buscando la eficiencia del sistema a costa, exclusivamente, del salario de los facultativos, porque ello acabará teniendo consecuencias negativas.

Y tampoco se puede pretender compensar los déficits salariales con incentivos concebidos exclusivamente para la mejora de los indicadores de gasto, sin relación evidente con una práctica asistencial de calidad. Un incentivo mal diseñado desmotiva a los profesionales más comprometidos, y puede multiplicar los vicios de la actividad asistencial. Vigilemos, por tanto, el contenido de los sistemas de incentivación, critiquémoslos cuando sean insuficientes, y resistámoslos cuando estén alejados de la evidencia en cuanto a promoción de una actividad asistencial de calidad.

Exijamos, por último, unos entornos de ejercicio estimulantes y seguros. Como profesión del conocimiento, potenciar el desarrollo profesional de nuestros médicos repercutirá positivamente en la propia actividad del sistema. Y permitirá que los médicos recuperen “el placer de ser médicos”, junto al resto de profesionales, mejorando así la calidad de los servicios sanitarios, sea cual sea su

sistema de gestión.

En resumen, y aplicados al modelo mayoritario de contratación de los médicos en España (personal facultativo estatutario al servicio de los sistemas sanitarios públicos), presentamos en el siguiente recuadro los requisitos desarrollados a lo largo de este capítulo para garantizar un adecuado ejercicio profesional.

1. Posibilitar una dedicación temporal suficiente a las actividades organizativas y formativas necesarias durante la jornada de trabajo, limitando la actividad asistencial a un máximo del 60-65%.
2. Garantizar un tiempo de consulta que permita un adecuado desarrollo del proceso clínico. Ello implica también el establecimiento de un número máximo de pacientes por día.
En MF, entre 10 y 15 minutos por cada paciente, con un máximo de 25-30 pacientes/ día. — En Pediatría, entre 10 y 30 minutos, con un máximo de 20-25 pacientes/día.
3. Definir, en base a todo lo anterior, cupos máximos por profesional, modulados según cartera de servicios y características de la población.
MF: 1200-1500 personas — Pediatría: 800-1.000 niños
4. Flexibilizar la gestión de la agenda diaria, que debería dejarse fundamentalmente en el propio profesional, con la única limitación de la garantía de accesibilidad para los pacientes.
5. Rentabilizar el tiempo y la actividad del médico, reduciendo la burocracia y prestándole el apoyo administrativo necesario.
6. Aumentar la capacidad resolutiva del profesional, facilitándole el acceso a los recursos necesarios.
7. Reconocer el liderazgo del médico dentro del equipo asistencial, definiendo claramente el papel de cada uno de los componentes del mismo, y facilitándole las tareas de coordinación con otros recursos asistenciales.
8. Promover y/o recuperar el papel del médico en las actividades no directamente asistenciales (educación para la salud, participación comunitaria…).
9. Promover las condiciones laborales y de ejercicio profesional (conciliación de la vida familiar, retribuciones adecuadas, valoración del mérito clínico, salud y seguridad en el trabajo…).
10. Promover políticas de fortalecimiento de la Atención Primaria (incluyendo una adecuada dotación financiera) y de correcta utilización de los servicios sanitarios.

Conclusiones

Si seguimos la trayectoria del médico de Atención Primaria, veremos que algunos elementos de esta última tienen una historia de más de 700 años, como es el caso de la existencia de médicos con una vinculación territorial y poblacional clara, apreciable desde antiguo en los Médicos Titulares. La asistencia médica, con todas sus limitaciones, ha tenido siempre una presencia cercana al lugar en que sufren las gentes.

El resto de atributos de la actual Atención Primaria han ido apareciendo sucesivamente en el tiempo: la aplicación de medidas preventivas; la atención a toda la población mediante la creación, primero, de un sistema de beneficencia que atendiera a las personas que no podían costearse por sí mismas su propia asistencia, después de un sistema de seguridad social (que se inició con el Seguro Obligatorio de Enfermedad) y, finalmente, con la creación del Sistema Nacional de Salud; la presencia de médicos dedicados a la asistencia infantil…

La llamada reforma de la Atención Primaria no supuso, pues, una ruptura con la anterior asistencia médica primaria, al asumir muchas de sus características. Pero sí incorporó una nueva visión del sistema sanitario (centrado en la Atención Primaria), un planteamiento más integral de la atención sanitaria (que potenciaba las actividades preventivas dentro del continuum asistencial), una nueva organización (con la creación de los Equipos de Atención Primaria) y una mejora de las posibilidades asistenciales del médico (con un programa formativo específico para Atención Primaria, el uso de historia clínica y otros registros, etc).

Sin embargo, transcurridas dos décadas desde la concreción normativa de la reforma, muchos hablan de una crisis de la Atención Primaria, en la que sus profesionales habrían perdido gran parte de su motivación y entusiasmo inicial, debido a la sobrecarga asistencial, la limitación de la capacidad de gestión de los profesionales y unas condiciones laborales nada satisfactorias.

Ante esta situación, muchos plantean que la solución podría venir de la introducción de modificaciones en los modelos de gestión que hicieran posible un mayor protagonismo (¿económico?) del médico de Atención Primaria. Estas modificaciones son vividas de manera variable, como “profundización de la reforma”, “reforma de la reforma” o “contrarreforma”, según la experiencia vital de cada colectivo interesado.

Sin embargo, desde una perspectiva profesional es necesario, previamente, tomar conciencia de las exigencias de un ejercicio profesional de la Medicina en este nivel asistencial, que ponga en el centro de su actividad la prestación de un servicio de calidad a la persona necesitada. Así, los criterios para analizar las posibles modificaciones de la Atención Primaria deberían ser, para el médico a título individual y para sus organizaciones, los siguientes:

1. Que se reconozca y confirme realmente el lugar central que la Atención Primaria debe ocupar en el conjunto de la asistencia sanitaria.
2. Que se definan claramente las responsabilidades de cada profesional dentro de la organización de la Atención Primaria.
3. Que se reconozca plenamente el liderazgo del médico en el proceso asistencial.
4. Que se garanticen las condiciones necesarias para un ejercicio profesional de calidad, como son una asignación adecuada de cargas de trabajo que permita disponer de suficiente tiempo para cada paciente y una adecuada dotación de recursos.
5. Que se posibilite una plena dedicación del médico a las tareas clínicas y a aquellas otras que, de forma imprescindible, deba cumplimentar éste, derivando las actividades meramente administrativas a otros profesionales.
6. Que se permita la conciliación de la vida laboral y familiar del médico en el mayor grado posible.
7. Que el médico pueda disfrutar de unas retribuciones acordes con su responsabilidad, su esfuerzo y la calidad y profesionalidad de su atención, y de un entorno laboral estimulante y seguro.

Con todos estos criterios en la mano, el modelo de gestión ideal será aquél que permita el mayor grado de cumplimentación de los mismos. Posiblemente esto pueda variar no sólo entre distintos modelos, sino también dentro del mismo modelo en sus diferentes concreciones. También puede variar el resultado del análisis según que lo realicen unos u otros profesionales. Pero de lo que no cabe duda es de que podemos disponer de unos criterios profesionales, comunes por tanto a todos los médicos que ejercen en el ámbito de la AP, y que, desde el diálogo y el enriquecimiento mutuos, pueden guiar de mejor manera la actuación de nuestras organizaciones profesionales. Serán precisamente éstos los que nos orientarán en un análisis posterior, centrado en las diferentes posibilidades organizativas de la AP en nuestro entorno.

Bibliografía

Advanced Forum in Family Medicine. The intellectual basis of Family Medicine revisited. Fam Med. 1985;17(5):219-30 [reeditado en Fam Med. 1998;30(9):642-54]. Disponible en http://www.stfm.org/fmhub/FULLPDF/OCT98/SPECIAL4.pdf *

Albarracín A. La asistencia medica rural en la España del siglo XIX. Asclepio 1969; XXI:35-42

Alma Ata 1978. Atención Primaria de Salud. Ginebra: OMS; 1978. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf *

Alonso Lopez F.A. Una nueva receta para el sistema nacional de salud. La receta multiprescripcion (manual, informática o electrónica). Plataforma 10 Minutos; 2005. Disponible en http://www.observatoriosanitario.org/PDFs/ReceMulti.pdf *

American Academy of Family Physicians. General Practice evolves into Family Practice. FP Report 1997;3(1). Disponible en http://www.aafp.org/fpr/970100fr/4.html *

Arana Amurrio J. I. Evolución de los saberes pediátricos en España desde el tratado de Gerónimo Soriano. Cuatro siglos de historia. XXIX Congreso Nacional Ordinario de Pediatría de la AEP. Tenerife, junio 2000. Disponible en http://www.murciapediatrica.com/Evoluci%C3%B3n%20de%20saberes%20pedi%C3%A1tricos.htm *

Astrain Gallar M. La práctica médica en el medio rural castellano. El Memorial de Vicente Crespo (1785). DYNAMIS - Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam 2002, 22, 461-472.

Berguer A (ed.). Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina General. Serie Monográfica de Especialidades Médicas, nº 42. Madrid: Organización Médica Colegial; 1990.

Casajuana J. 10 minutos: los gozos y las sombras. FMC 2004; 11(8): 476-81.

Casajuana J. limites entre el clinico y el gestor: ¿Cómo saltar la barrera? Semergen 2003; 29: 40-3.

Cervera Soto S. La sanidad en un siglo de la historia de España (1898-1998). Cien años después. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 1999;22(2). Disponible en http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/n2/colab.html *

Chavida García F. La Medicina General / de Familia en el siglo XX [Monografía en Internet]. Disponible en http://www.semes-cv.org/documentos/doc/homenaje/semergen.doc *

Colaboradores de Wikipedia. Historia de la Medicina General en España [en línea]. Wikipedia, La enciclopedia libre; 2009 [fecha de consulta: 6 de enero del 2009]. Disponible en

http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_Medicina_General_en_Espa%C3%B1a *

Colaboradores de Wikipedia. Instituto Nacional de Previsión [en línea]. Wikipedia, La enciclopedia libre, 2009 [fecha de consulta: 20 de enero del 2009]. Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Instituto_Nacional_de_Previsi%C3%B3n *

Consensus during the Cold War: back to Alma Ata. Bull World Health Org. 2008;86(10):745-6.

Consejo General de Colegios Médicos, Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado. Tiempos mínimos en las consultas médicas. Madrid: CGCOM; 2008. Disponible en http://www.cgcom.org/sites/default/files/08_01_25_tiempo_consulta_0.pdf *

Consejo General de Colegios Médicos, Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado. La masificación y el aumento de la presión asistencial que sufren los médicos de atención primaria. Madrid; 2001. Disponible en http://www.comtf.es/doc/MasificacionAtencionPrimaria.htm *

De Pablo R. Propuestas de medidas a realizar para mejorar la calidad y dignidad de la Atención Primaria de Salud en al tercera década de la reforma sanitaria. Plataforma Diez Minutos.

De Pablo R. Suberviola JF. Prevalencia del síndrome de Burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria: Aten Primaria 1998;22: 580-4

European Observatory in Health Care Systems. Health Care Systems in Transition: Spain 2000. The Observatory; 2000. Disponible en http://www.euro.who.int/document/e70504.pdf *

Galán J. Historia del Cuerpo Nacional de Médicos Titulares. Gaceta Medica Española 1973; Feb: 91-98.

Gérvas J. Experiencia, ciencia y “medicina basada en pruebas” en atención primaria. Semergen. 2002; 28:302-4.

Gervas J (coord.). Tres décadas de evolución de la Atención Primaria en España (1976-2006). Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud; 2006.

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.

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.

Gómez Gascón T, Ceitlin J. Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo. Madrid: SEMFYC – CIMF;1997.

González B, Urbanos RM, Ortega P. Oferta pública y privada de servicios sanitarios por Comunidades Autónomas. Gac Sanit. 2004;18(Supl 1):82-9.

Granjel L. Legislación sanitaria española del siglo XIX. Cuadernos de Historia de la Medicina 1972: 255 -307

Grupo de Consenso de Atención Primaria (SEMFYC, SEMERGEN, CESM). Un modelo de atención en crisis. Gijón; 2000.

Grupo de Gestión de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària. Medidas concretas para la desburocratización de las consultas de Atención Primaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2008. Disponible en http://www.semfyc.es/es/componentes/ficheros/descarga.php?ODcwOA%3D%3D *

Guillén Rodríguez A. La construcción política del sistema sanitario español: de la postguerra a la democracia. Madrid: Exlibris Ediciones; 2000.

Irigoyen J. La crisis del sistema sanitario en España: una interpretación sociológica. Granada: Universidad de Granada; 1996.

Italian Global Health Watch. From Alma Ata to the Global Fund: the history of international health policy. Social Medicine 2008;3(1):36-48.

Martínez Pérez JA. Historia de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista. Historia del médico rural español. Madrid: Fundación SEMERGEN; 2003.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España. 2007-2012. Proyecto AP21. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en http://www.msc.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf *

Múzquiz R. Análisis del proceso de transferencias sanitarias. Revista de Administración Sanitaria 2000;4(16):603-15.

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La Atención Primaria de Salud: más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en http://www.who.int/entity/whr/2008/08_report_es.pdf *

Orozco A. Gloria y servidumbre de la medicina rural. Semergen 1998; 25 (6): 540-545

Plataforma Diez Minutos. El Compromiso de Buitrago. 2005. Disponible en http://www.observatoriosanitario.org/PDFs/Buitrago.pdf *

Rodríguez Sendin J.J. Capacidad resolutiva y autonomía del médico de Atención Primaria. I Foro Nacional de Atención Primaria. Madrid, 22 de abril de 2005.

Sevilla F. La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Documento de trabajo 86/2006. Madrid: Fundación Alternativas;2006. Disponible en http://www.falternativas.org/content/download/5751/164761/version/3/file/6784_21-06-06_doc86.pdf *

Simó Miñana J. Evolución del gasto en sanidad pública y sus sectores durante el período 1999-2005: comparación entre Comunidades Autónomas. Plataforma Diez Minutos; 2008. Disponible en www.observatoriosanitario.org/Portals/0/Simo-GSP-Completo.pdf *

Simó Miñana J, Gérvas Camacho J, Seguí Díaz M, De Pablo González R, Domínguez Velázquez 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: 472-481.

Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria SEDAP. Atención Primaria de Salud: nuevos retos, nuevas soluciones. Madrid: SEDAP; 2009. Disponible en http://www.sedap.es/descargas/informe2009.pdf *

Sociedad Española de Medicina General .El estado de salud actual de la Atención Primaria en España. Informe SEMG febrero 2008. En: http://www.semg.es/doc/documentos_SEMG/20080228_informe_ap.pdf *

Soriano Palao J. La asistencia sanitaria publica en Yecla (Murcia): 1850-1930. Asclepio - Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia 2000; 52 (1): 193-215.

Taracena del Piñal B. La formación en España del pediatra durante los últimos 50 años. Revista Pediatría de Atención Primaria 1999; 1(1): 109-12.

Villarino Samalea G. Administración local y Sistema Nacional de Salud. Oviedo: Consejería de Servicios Sociales, 1999

Viñes J.J. La sanidad española en la segunda mitad del siglo XIX a través de la JuntaP de Sanidad de Navarra 1870-1902. Gobierno de Navarra; 2006.

** Enlaces verificados el día 29/01/2010*

CESM

Confederación Estatal
de Sindicatos Médicos

© 2010