fml. Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria
www.revistafml.es ISSN: 1989-6832

ARTÍCULO DE OPINIÓN

Reflexiones en torno a la necesidad de una nueva reforma de la atención primaria.

Rafael García Alonso [1], Pedro Sánchez Llanos [2], Elena López Vega [3].
1.Doctor en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid. Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Máster en Salud Pública por la Escuela Nacional de Sanidad. Médico Titular del Servicio de Atención Rural de Villaviciosa de Odón. 2. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico Titular del EAP de Ramón y Cajal de Alcorcón. 3. Médico Especialista en Medicina de la Educación Física y el Deporte. Médico Titular del EAP de Ramón y Cajal de Alcorcón.

Contacto: Rafael García Alonso, doctorband60@hotmail.com

Citar como: García Alonso R, Sánchez Llanos P, López vega, E. Reflexiones en torno a la necesidad de una nueva reforma de la atención primaria. fml. 2017;21(6):14p

Recibido el 31/03//2016
Aceptado el 15/03/2017
Publicado el 8/04/2017

Palabras clave (MeSH): Atención Primaria, Políticas de salud, Gestión sanitaria.

Resumen
Tras la mejora de la Atención Primaria (AP) derivada de las reformas acaecidas a finales del pasado siglo, se ha venido produciendo, de un tiempo a esta parte, un progresivo deterioro de la calidad asistencial, que hace inexcusable la implementación de una serie de cambios que permitan avanzar a la AP por la senda de la eficiencia.

Introducción

La protección de la salud es un derecho fundamental de las personas, por lo que uno de los pilares básicos del llamado "Estado del bienestar" es, sin duda, la existencia de un sistema sanitario público capaz de garantizar a todos los ciudadanos una asistencia sanitaria de calidad contrastada y en condiciones de equidad.

Resulta por ello prioritario, en aras de la justicia social, que las políticas sociosanitarias, los objetivos y líneas de actuación establecidas por los planificadores y gestores, así como la propia actividad asistencial de los profesionales sanitarios contribuyan, en la medida de sus posibilidades, a la sostenibilidad de los sistemas públicos de salud.

Desde esta perspectiva, este artículo tiene como objetivo realizar un análisis pormenorizado de la situación actual de la Atención Primaria (AP) para, a partir de ello, plantear una serie de propuestas en dicho ámbito asistencial, encaminadas a mejorar la eficiencia del sistema sanitario en su conjunto.

Desarrollo del actual modelo de atención primaria

La AP constituye la estructura sanitaria básica que garantiza el derecho que todo ciudadano español tiene a la protección de la salud, tal y como se establece en el artículo 43 de la Constitución Española de 1978[1].

Esto es así no solo por constituir la puerta de entrada de los individuos al sistema sanitario, sino también por tener encomendada la cobertura de una parte muy importante de las prestaciones sanitarias. No debe extrañar que la viabilidad y calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) dependa en buena medida del grado de eficiencia con que este primer eslabón sanitario responda a los múltiples problemas de salud de los ciudadanos, que considera el estado de salud desde una perspectiva tanto individual como familiar y comunitaria y, todo ello, a lo largo del tiempo.

A pesar de la definición propuesta en 1946 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), según la cual "la salud es un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad o defecto" [(2)], lo cierto es que hasta los años 70 el modelo sanitario imperante estaba orientado de forma

Artículo de acceso libre bajo licencia Creative Commons: uso y distribución no restringidos, nombrando la fuente y sin hacer un uso comercial o modificando la obra.

casi exclusiva hacia la curación de la enfermedad y la rehabilitación, obviando tanto la prevención como la promoción de la salud.

Sin embargo, un informe realizado en 1974 por M. Lalonde[3], Ministro de Sanidad canadiense, en relación a los determinantes de salud de la población, tuvo un gran impacto, revolucionando la concepción que hasta entonces se tenía de los servicios sanitarios. Según este informe la salud era una variable que dependía de factores biológicos, factores ambientales, estilos de vida y de la intervención de los sistemas sanitarios, resultando paradójico que, mientras era el estilo de vida lo que más influía en las tasas de mortalidad, los Estados destinaban la mayor parte de su gasto en sanidad al mantenimiento de los sistemas sanitarios, situación ésta que, dos años más tarde, puso de manifiesto G.E.A. Dever para el caso concreto de los Estados Unidos[4]. En virtud de todo ello el Informe Lalonde modificó el paradigma sanitario hasta entonces vigente, constituyendo el punto de partida de un movimiento reformista cuyo objetivo no era otro que cambiar el enfoque de los sistemas de prestación de servicios sanitarios.

En este sentido, como señalan R. Pinault y C. Daveluy[5], la salud debe considerarse como una variable dependiente multifactorial, debiéndose por ello definir las acciones de planificación sanitaria en función de la importancia de los diversos factores implicados en la morbilidad y mortalidad de la población.

Como corolario inevitable de todo este proceso de reformulación del concepto *salud* y del papel que deben desempeñar los servicios asistenciales surge un nuevo modelo sanitario, que algunos han denominado "modelo ecológico", orientado ya no exclusivamente hacia la enfermedad, sino a la mejora de la calidad de vida, y centrado no en el individuo, sino en la comunidad (ver Tabla 1).

Al hilo de estas consideraciones, pocos años más tarde, concretamente en 1977, la 30ª Asamblea Mundial de la Salud llegó a la conclusión de que "la principal meta social de los gobiernos y de la OMS en los próximos decenios debe consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que le permita llevar una vida social y económica productiva".

Asimismo, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud[6] celebrada en 1978 en Alma-Ata proclamó que la AP debía ser el eje central de todo SNS, para que resulte factible alcanzar los objetivos de salud para todos.

Todo este proceso de cambio del paradigma sanitario culminó con la Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000[7] por parte del Consejo Ejecutivo de la OMS. El objetivo de dicho documento fue definir los distintos elementos que debían conjugarse en las políticas sanitarias para alcanzar un elevado nivel de equidad en materia de salud, tanto en el seno de cada país, como entre los diferentes países. Evidentemente, para que esto sea posible resulta imprescindible, como señala la propia OMS[8], que cada país establezca sus prioridades y formule sus estrategias y planes de actuación.

Tabla 1. Modelo biomédico versus modelo ecológico.

Modelo biomédico	Modelo ecológico
Atiende fundamentalmente y de manera aislada a los factores biológicos implicados en el estado de salud de los individuos.	Integra en un todo unitario al conjunto de factores biológicos, ambientales, conductuales y sociales determinantes de la salud de los individuos.
Orientado hacia la enfermedad.	Orientado hacia la salud.
Tiene como objetivo aumentar la esperanza de vida de las personas.	Tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas.
Defiende un sistema asistencial centrado en el individuo.	Defiende un sistema asistencial centrado en la comunidad.
Su estrategia se centra exclusivamente en el conocimiento biológico y en el desarrollo de la tecnología.	Su estrategia se dirige a crear entornos saludables y a favorecer la adopción por parte de los individuos de estilos de vida saludables.

En consecuencia, como indican J. Aston y H. Seymour[9], el elemento clave que constituye el propio espíritu de la estrategia planteada por la OMS es la eliminación de las desigualdades en salud, siendo los pilares de las políticas de salud la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades evitables y el establecimiento de servicios sanitarios.

El ímpetu reformista del modelo sanitario, inspirado en los principios definidos en la Conferencia Internacional de Alma-Ata y en la estrategia de salud para todos en el año 2.000, llegó a España en la década de los 80. Además, como señala J. Elola[10], este espíritu reformista se vio reforzado por las críticas vertidas por los distintos agentes sociales (políticos, gestores

sanitarios, profesionales de la salud y organizaciones ciudadanas no gubernamentales) sobre el sistema sanitario público español. Estas críticas, particularmente severas con la atención sanitaria extrahospitalaria, hacían referencia fundamentalmente a un gasto excesivo acompañado de una ineficacia generalizada.
Así, en línea con las recomendaciones de la OMS, la promulgación en 1984 durante el gobierno de Felipe González, del Real Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud[11] supuso una auténtica revolución organizativa de la AP, que se consolidó con la reforma del sistema sanitario español en virtud de la aprobación en 1986 de la Ley General de Sanidad[12] y culminó en el año 2003 con la publicación de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud[13].

Así, el Real Decreto de 1984 sobre Estructuras Básicas de Salud vino a sentar las bases de la demandada reforma de la AP (RAP), mediante el establecimiento de las denominadas Zonas de Salud, las cuales supusieron una reestructuración territorial de la asistencia sanitaria extrahospitalaria de primer nivel, la sustitución de los antiguos Consultorios y Ambulatorios de la SS por los llamados Centros de Salud, la constitución en cada Centro de Salud de los denominados Equipos de Atención Primaria (EAP), la introducción de la figura del Coordinador de Centro capacitado no solo para llevar a cabo actividades asistenciales, sino también tareas organizativas con el objetivo de facilitar el funcionamiento de los EAP, el aumento de la jornada laboral de médicos y enfermeras, la reformulación del papel de enfermería, que paso de ser un mero auxiliar del médico en tareas administrativas a desempeñar labores asistenciales y de educación para la salud y, por último, la creación de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) como documento acreditativo individual para el acceso a las prestaciones sanitarias.

Asimismo, se introdujo en el quehacer habitual de la consulta la utilización de la Historia Clínica como sistema de registro de información sanitaria obligatorio, lo cual posibilitó recoger en un único documento toda la información relativa al estado de salud de cada persona, así como su evolución a lo largo del tiempo. Aunque inicialmente su utilización fue acogida con cierta reticencia por parte de los profesionales sanitarios, su uso acabó por generalizarse, viniendo a constituir un elemento básico en la mejora de la calidad asistencial[14].
También contribuyó a la mejora del funcionamiento de los EAP la sistematización de las actividades diagnósticas y terapéuticas gracias al desarrollo de Protocolos de actuación, que desarrollados sobre la base de la medicina basada en la evidencia, posibilitaron la unificación de criterios en el seno del EAP, la disminución de la incertidumbre que inevitablemente acompaña a la toma de decisiones en un medio tan complejo como es el de la medicina y, por último, la mejora de la eficacia y la eficiencia en la práctica clínica[15].
A su vez, la integración de las actividades curativas con las de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el propio Centro de Salud, con la finalidad de abordar un mayor abanico de determinantes de salud, permitió a los recién creados EAP ofrecer una mejor respuesta a las necesidades y demandas de salud de la población.

En definitiva, la RAP supuso en su momento un notable avance en la estructura tanto organizativa como funcional de la AP, lo cual redundó positivamente en la calidad de la asistencia prestada. Así, en este sentido, cabe señalar que la AP surgida de la reforma de 1.984 se adaptaba ya, al menos teóricamente y en líneas generales, al modelo defendido por B. Starfield[16] (cuadro 1).

Cuadro 1. Características que deben definir la Atención Primaria.

Atributos esenciales
- PRIMER CONTACTO (exceptuando las situaciones de emergencia).
- CONTINUIDAD (atención longitudinal en el tiempo).
- EXTENSIÓN (atención y prevención de los problemas de salud).
- COORDINACIÓN (con el resto de ámbitos asistenciales).

Atributos secundarios
- ENFOQUE FAMILIAR
- ORIENTACIÓN COMUNITARIA
- COMPETENCIA CULTURAL

De esta forma y en relación directa con los cambios introducidos en el ámbito de la AP se produjo, en un tiempo relativamente breve, una notable mejoría en diferentes aspectos de la prestación de servicios, que no pasó en absoluto desapercibida para los distintos agentes implicados en el proceso.

Asimismo, la creación en 1978 por el gobierno de UCD presidido por Adolfo Suárez, de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria[17] contribuyó sobremanera a mejorar el nivel de capacitación científico-técnica de los médicos de AP.

Por último, la integración en el quehacer diario de los EAP de actividades de educación y promoción de la salud, así como de prevención de la enfermedad junto a las actividades propiamente curativas y rehabilitadoras, permitió contemplar desde la AP no sólo la mejora de la salud, sino también la mejora de la calidad de vida de la población atendida. En consecuencia, desde una visión holística de la salud, la AP incluyó en su campo de actuación un conjunto de actividades encaminadas a incidir positivamente en todos aquellos factores de índole biológico, psicológico y social que participan en el estado de salud de los individuos, evolucionándose, de esta forma, hacia un modelo asistencial biopsicosocial.

Además de todo ello, en años posteriores, se fueron introduciendo paulatinamente en el ámbito de la AP instrumentos como el Contrato de Gestión Clínico-Asistencial (CG), el Uso Racional del Medicamento (URM), la Cartera de Servicios (CS) o la cita previa, herramientas todas ellas diseñadas para contribuir a la consecución de los objetivos fijados por las autoridades sanitarias.

El "Contrato de Gestión" nace en 1992 con la promulgación del Real Decreto 858/1992[18], estableciéndose una nítida separación de las funciones de financiación, gestión y provisión de servicios sanitarios. Con la creación del CG se establece un triple vínculo: por un lado, entre la oferta de servicios y las necesidades de salud de la población, por otro entre los objetivos establecidos por las autoridades sanitarias y la dotación presupuestaria y, finalmente entre las Gerencias de Área y los Centros de Salud.

La utilización del CG como herramienta de trabajo supuso un enorme cambio cultural, al introducir fórmulas de dirección participativa por objetivos; además sirvió de nexo de unión entre las Gerencias de Área y los EAP, posibilitó la participación de los profesionales sanitarios en la gestión de los Centros de Salud, comprometió a los EAP en la consecución de los objetivos de la organización, estimuló la productividad mediante la introducción de incentivos y dotó a los centros sanitarios de un grado de autonomía funcional que hasta entonces no tenían[19].

Por su parte la política de URM comenzó a desarrollarse a partir de 1990 con la publicación de la Ley del Medicamento, viniendo a ser reforzada con la Ley 29/2006 sobre Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios[20] el 26 de julio de 2006. A grandes rasgos, con la estrategia del URM se pretendió, por un lado, garantizar el acceso de los ciudadanos a los medicamentos y, por otra parte, promover una adecuada prescripción farmacológica por parte de los facultativos, primándose en aras del binomio eficacia-eficiencia, la utilización de fármacos no solo con una elevada utilidad terapéutica, sino también del menos costoso de todos aquellos que contienen un mismo principio activo. Para el fomento de la URM la ley previó la elaboración de guías farmacológicas, la prescripción por principio activo y el establecimiento de unos precios de referencia.

Desde su puesta en funcionamiento, y particularmente tras su inclusión en el CG, se puede afirmar que la política del URM ha tenido un impacto positivo, ya que ha supuesto un ahorro de recursos económicos junto a una mejora de la calidad de la prescripción farmacológica.

Por su parte la Cartera de Servicios, implantada en 1991 en territorio español gestionado por el Insalud e inmediatamente incluida en el CG, viene a representar el catálogo de prestaciones que desde la AP se oferta a los ciudadanos. En este sentido la CS está constituida por el conjunto de servicios con que desde la sanidad se intenta responder a las necesidades y demandas en materia de salud de la población, basándose su definición en criterios científico-técnicos y en prioridades de política sanitaria[21]. Desde este punto de vista la CS vino a ser un elemento favorecedor de la equidad del sistema sanitario, ya que estableció de forma inequívoca un conjunto de servicios a cuya prestación tenían derecho el conjunto de los individuos del territorio español gestionado en ese momento por el Insalud.

La CS vino a cumplir dos funciones fundamentales: por un lado, la de ser una herramienta de gestión (pues permite objetivar mediante su evaluación el cumplimiento de los objetivos marcados por las Gerencias de Área en el CG) y, por otro lado, la de ser un instrumento al servicio de la mejora de la calidad (ya que el conocimiento objetivo de la propia calidad asistencial posibilita la introducción de medidas correctoras).

En consecuencia, y a pesar de la existencia de ciertos problemas conceptuales y metodológicos[22,23], la CS generó un enorme cambio cultural tanto a nivel gerencial como a nivel de los EAP, ya que su utilización permitió que por primera vez se realizara una evaluación estructurada y pormenorizada de la actividad

de los profesionales sanitarios, hecho éste que posibilitó establecer controles de calidad asistencial y facilitó la introducción de incentivos por productividad.

Por lo que respecta a la "cita previa", su introducción en la AP facilitó enormemente a los usuarios concertar el día y la hora de atención en consulta a demanda, por lo que además de favorecer la accesibilidad a los centros sanitarios, permitió disminuir el tiempo de espera para entrar en consulta, sirviendo, a su vez, a los profesionales sanitarios como instrumento de gestión de la demanda de servicios por parte de la población.

Por último y muy brevemente señalar que la informatización de las consultas facilitó a los profesionales sanitarios la toma de datos para la elaboración de las historias clínicas, la petición de pruebas diagnósticas y la emisión de recetas, facilitó la confección de agendas que se adecuaran al perfil de las consultas y simplificó los procesos de evaluación de la actividad asistencial. Por todo ello se puede decir que contribuyó, en buena medida, a una mejora de la gestión y la actividad en los Centros de Salud, lo cual se tradujo en una mejora en diferentes estándares de calidad asistencial. Así, disminuyó el número de consultas burocráticas, el tiempo de espera para entrar en consulta y la derivación a especialistas de segundo nivel[24], mejoró la prescripción farmacológica en términos de eficiencia, aumentó la efectividad de las actuaciones sanitarias y, por todo ello, aumentó la propia satisfacción de los usuarios[25].

El proceso de reforma sanitaria, iniciado en 1984, tuvo su continuación en 1986 con la promulgación, también bajo mandato del gobierno de Felipe González, de la Ley General de Sanidad (LGS). La aprobación de la LGS supuso en su momento un auténtico hito histórico en materia de regulación sanitaria, ya que dio lugar a la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS), sustituyendo el modelo sanitario tipo *Bismarck* por un modelo sanitario tipo *Berveridge* (tabla 2).

Anticipándose al espíritu de las llamadas Recomendaciones de Adelaida[27] establecidas por la OMS, la LGS hizo especial hincapié en garantizar la equidad del sistema sanitario, entendiendo ésta como la prestación de servicios a todos los individuos de una comunidad en condiciones de igualdad efectiva (artículo 3). Para ello la propia LGS señala que los poderes públicos deberán orientar sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir las desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español (artículo 12).

Por lo que respecta al tema que aquí fundamentalmente nos ocupa, la LGS establece el papel de la AP dentro del SNS, asignándola no solo la implementación de actividades curativas y rehabilitadoras, sino también aquellas otras orientadas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (artículo 18).

En esta misma línea de actuación la LCCSNS, promulgada en 2003 con la finalidad de garantizar la equidad dentro del descentralizado SNS a través de la coordinación y cooperación entre las distintas administraciones públicas, otorgó a la AP un papel preponderante, al considerarla como "el nivel básico e inicial de atención que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos" (artículo 12).

Tabla 2. Modelos de sistemas sanitarios en la Unión Europea.

Sistema	Modelo Bismark	Modelo Berveridge
Tipo	Seguridad Social	Sistema Nacional de Salud
Origen	Alemania (1883)	Informe Berveridge (1942)
Concepto	Cobertura del riesgo de los trabajadores	Reconocimiento del derecho de los ciudadanos a la protección de la salud
Financiación	Cotizaciones sociales	Impuestos
Cobertura	Trabajadores (más sus beneficiarios directos)	Universal
Prestación de servicios	Pública y privada	Pública
Propiedad de los medios de producción	Pública y privada	Pública

Fuente: Extraído de Joan Canalls[26]

En definitiva, y a la luz de las reformas legislativas mencionadas, al serle otorgado un notable protagonismo en la prestación de servicios sanitarios, la AP vino a convertirse en el pilar básico sobre el que se asienta la propia estructura del SNS.

Propuestas de mejora de la atención primaria

Si bien resulta innegable la mejora de la calidad asistencial derivada de la creación del SNS y de la reforma de la AP, no es menos cierto que de un tiempo a esta parte se ha producido un progresivo deterioro de la asistencia prestada, junto con un problema de financiación[28] que amenaza la propia viabilidad del SNS en los términos actuales. Ello explica que desde hace unos años se venga produciendo en el sector sanitario un intenso debate, del que no escapa la AP, que gira en torno a la sostenibilidad del SNS[29]. De hecho, el debate parece haberse recrudecido, sin duda impulsado por la recesión que se vive desde 2007, de tal forma que el propio esqueleto estructural, organizativo y funcional de nuestro sistema sanitario se halla sometido a una profunda revisión.

En este contexto, parece de vital importancia identificar los problemas y hallar las soluciones que permitan hacer sostenible un sistema público de salud caracterizado por la prestación equitativa de unos servicios de calidad contrastada a un coste asumible por el Estado y los contribuyentes, adquiriendo esta tarea mayor relevancia si tenemos en cuenta que la calidad de los sistemas sanitarios constituye un indicador esencial del grado de bienestar alcanzado por la sociedad y que la accesibilidad a la asistencia sanitaria en condiciones de igualdad efectiva para toda la población protegida contribuye a reforzar la cohesión social de los países[30].

Desde esta perspectiva, y antes de entrar en mayores consideraciones, entendemos que toda reconversión del actual modelo sanitario pasa inexcusablemente porque el SNS siga siendo de titularidad pública, lo cual viene a significar que tanto la financiación como la planificación –esto es, tanto los recursos económicos empleados para sufragar el gasto sanitario, como las políticas sanitarias- sigan permaneciendo en el ámbito de los poderes públicos, ya que, en nuestra opinión, es la mejor garantía de una correcta protección de la salud en términos de universalidad, calidad y equidad.

Centrándonos ya en el ámbito de la AP no cabe dudar de los logros alcanzados como consecuencia de la reforma iniciada en 1984 y desarrollada en años posteriores. Sin embargo, después de unos últimos años de progresivo deterioro, el panorama actual resulta desalentador debido a un conjunto de factores, entre los que cabe destacar una insuficiente financiación, una mala gestión de los recursos, una deficiente organización de la actividad asistencial y una errónea orientación del modelo sanitario vigente. Como consecuencia de todo ello empieza a circular de forma habitual por los foros médicos el concepto *ambulatorización* de la AP, queriéndose con ello reflejar un retroceso de la AP a los tiempos previos a la reforma de 1984, con la consiguiente pérdida en términos de calidad asistencial.

En relación a la financiación cabe señalar que tan solo el 15% del presupuesto total dedicado a sanidad por término medio por parte de las CCAA se destina a AP, mientras que la Atención Especializada se lleva más del 50% de dicho presupuesto. Teniendo en cuenta que el médico de AP lleva a cabo más del 80% del conjunto de actos médicos realizados y que resuelve cerca del 90% de todos los problemas de salud atendidos por el SNS solo cabe concluir que el presupuesto destinado a la AP resulta inadecuado para garantizar la calidad de la asistencia prestada[31]. Obviamente, la subfinanciación crónica que padece la AP se ha traducido en inversiones inadecuadas en infraestructuras, recursos humanos y equipamiento.

Así, la falta de dotación presupuestaria de la AP se ve reflejada en una plantilla de profesionales sanitarios insuficiente para responder adecuadamente a las demandas de la población en materia de salud. De hecho, el número de médicos que desarrollan su actividad profesional en el ámbito de la AP en relación al total de médicos del SNS está por debajo de los estándares de calidad fijados tanto por B. Starfield (50%), como por la OMS (60%). Esta situación tiene particular relevancia en términos de morbi-mortalidad, como pone de manifiesto un estudio realizado en EEUU, cuyos resultados señalan que en aquellas zonas con mejor cobertura de médicos de AP por cada 100 habitantes los pacientes de la tercera edad presentaban una menor tasa de mortalidad y una menor tasa de hospitalizaciones por enfermedades prevenibles, en relación con aquellas otras zonas con una peor cobertura de médicos de AP. En base a estos datos los autores del estudio concluyeron que contar con una buena cobertura de médicos de AP es la mejor de las estrategias no sólo para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, sino también para controlar el gasto sanitario[32].

No obstante, a pesar de lo expuesto, es necesario reconocer que el gasto sanitario supone un problema considerable para las

administraciones públicas, ya que los recursos económicos empleados en la prestación de servicios sanitarios a la población suponen un porcentaje importante de sus presupuestos generales de las administraciones autonómicas[33], superando en todos los casos el 40% del gasto total presupuestado.

A este respecto resulta reveladora la intervención de F. Lamata[34] ante el Congreso de los Diputados al señalar que hay un grave problema de financiación en el sector sanitario, ya que el coste actual de las prestaciones sanitarias es superior a la dotación contemplada para el sector sanitario en los presupuestos de las CCAA. Quiere ello decir que el presupuesto destinado a sanidad no alcanza para pagar el catálogo de prestaciones aprobado por el Parlamento.

Ante esta situación parece necesario sustituir el actual modelo de gestión por uno nuevo que facilite no solo la reducción del gasto sanitario –cuestión ésta que, como señala J. Sevilla[35], no resuelve por sí sola el problema de la sanidad-, sino también el mantenimiento o mejora de los estándares de calidad asistencial[36]. En consonancia con este planteamiento preconizamos un nuevo modelo de gestión que permita un mayor control del gasto sanitario, si bien dicho control debe hacerse atendiendo a criterios de calidad, efectividad y eficiencia, lo cual inevitablemente pasa por una optimización de los recursos y un aumento de la productividad.

En esta línea parecía ir, al menos teóricamente, el llamado Plan de Medidas de Garantía de la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público presentado por la Comunidad de Madrid (CM)[37]. Los objetivos de dicho plan eran el ahorro, el mantenimiento de la calidad asistencial, la mejora de la eficiencia, un diseño estratégico de los recursos humanos y corresponsabilizar en la gestión a los profesionales sanitarios. Para ello, en relación con la AP, la CM se proponía externalizar la gestión de un 10% de los CS (concretamente 27 CS) dando prioridad a profesionales sanitarios que estuvieran trabajando en el sistema madrileño de salud actualmente, estableciéndose con ellos una relación contractual de carácter temporal. Este plan fue rechazado de forma casi unánime por el colectivo sanitario, hecho éste explicitado en forma de manifestaciones masivas conocidas como la Marea Blanca, para finalmente ser retirado por la CM, después de que fuera declarado anticonstitucional en sentencia firme por el Tribunal Constitucional[38].

El rechazo al plan fue acompañado de la presentación de una contrapropuesta por parte de los Colegios de Medicina, Enfermería y de Sociedades sanitarias, plasmada en el llamado Modelo de autonomía de gestión en AP[39]. La base de este modelo responde a la adquisición por parte de los sanitarios de capacidades gestoras y al establecimiento de un contrato programa de centro, a partir del cual los profesionales asumirían la responsabilidad de los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos fijados, los cuales estarían relacionados con la buena práctica clínica, la gestión de los pacientes y los resultados económicos.
De entrada, y sin entrar en las razones del rechazo, cabe señalar que la presentación de un plan alternativo de gestión por parte del colectivo sanitario no vino sino a poner de manifiesto una aceptación implícita de la ineficacia del actual modelo de gestión, ya que, de lo contrario, más que plantear un nuevo modelo de gestión, lo que cabría esperar sería una defensa cerrada del sistema actual.
Dicho esto, entendemos que la necesidad de desarrollar nuevas formas de gestión viene dada porque el modelo actual muestra una excesiva rigidez, motivada por un elevado grado de jerarquización y burocracia, una falta absoluta de transparencia, una completa carencia de mecanismos de incentivación de los profesionales sanitarios y una ausencia casi total de participación de dichos profesionales en el proceso de toma de decisiones.

A paliar estas carencias y facilitar el control del gasto sanitario parecen dirigirse tanto la propuesta de externalización de la gestión planteada por la CM, como el modelo de autogestión propuesto por el grueso del colectivo sanitario.

Sin embargo, a pesar de que ambos modelos parecen apuntar en la misma dirección, lo cierto es que la externalización de la gestión ha sido absolutamente rechazada por el colectivo sanitario, por entender que de lo que se trata es de privatizar la sanidad, convirtiendo así el sistema sanitario en un simple negocio sin ningún objetivo social. Honestamente no encontramos motivo alguno para pensar que ello tenga necesariamente que ser así, ya que la externalización de la gestión no conlleva de ningún modo la pérdida de titularidad del servicio externalizado por parte de las autoridades sanitarias, ya que son éstas las encargadas de financiar dichos servicios y establecer las condiciones de la relación contractual con los gestores privados. De hecho este modelo de gestión no sólo se da en el seno

de los sistemas sanitarios públicos de los países de nuestro entorno, sino también dentro del SNS español, más concretamente en Cataluña, donde desde hace más de 15 años están funcionando las llamadas Entidades de Base Asociativa (EBA), las cuales se constituyen como entidades privadas con personalidad jurídica propia, en poder de los profesionales que en ellas trabajan, asumiendo la atención asistencial de primer nivel de una determinada zona, sin que haya supuesto una merma de la calidad asistencial prestada a la población de referencia[40].

Por todo ello entendemos que el rechazo a la externalización de la gestión responde en gran medida a prejuicios ideológicos, según los cuales lo público es bueno y lo privado es malo. En oposición a este planteamiento desde aquí defendemos, en consonancia con J. Elola[41], la necesidad de abandonar los maniqueísmos ideológicos y abordar con amplitud de miras la necesaria reforma de la AP.

En cualquier caso, dado el rechazo frontal que por parte del colectivo sanitario ha tenido la privatización de la gestión, creemos que no es el momento de aventurarse por este camino, teniendo en cuenta además que es mucho lo que se puede avanzar en el proceso de mejora y sostenibilidad de la AP dentro del modelo actual.

En este sentido nos parece que el modelo de autogestión de centros presentada por el colectivo sanitario supone un enorme paso adelante para la mejora de la gestión, ya que plantea, en sustitución del modelo actual, un nuevo modelo de gestión en el que prima la descentralización, la implicación responsable de los profesionales del CS en el proceso de toma de decisiones, el trabajo por objetivos, la protocolización de actividades, la evaluación periódica tanto de los estándares de calidad de los servicios prestados como de los indicadores económicos y un mayor grado de interrelación con otros niveles asistenciales.

A la hora de alcanzar las metas que el modelo de autogestión así esbozado se propone entendemos que los factores de mayor relevancia son: el contrato de gestión, el equipo directivo, los sistemas de información y monitorización y los mecanismos de incentivación a los profesionales.

El CG es el elemento que debe servir de vínculo entre las gerencias y los EAP y, por lo tanto, su concreción resulta clave para alcanzar los objetivos esperados por las autoridades sanitarias. Por ello, en su elaboración es fundamental la participación no solo de gestores y planificadores de la administración, sino también de los profesionales de los centros sanitarios, ya que la implicación del conjunto de actores garantiza la solvencia de la relación contractual que ha de unir a las partes.

Asimismo, para que el CG se convierta en una herramienta de gestión verdaderamente eficaz debe explicitar en su contenido de forma clara y concreta la cartera de servicios ofertada, los estándares de calidad esperada de los servicios prestados, los objetivos a conseguir en relación a la prescripción farmacológica, los mecanismos de evaluación tanto de proceso como de resultado, el sistema de incentivación de los profesionales y el presupuesto con el que se cuenta para que todo ello sea factible. De esta forma, el CG se constituye como el documento base que regula la relación entre las partes y permite premiar a los centros y profesionales que cumplen con lo pactado y penalizar a aquellos otros que lo incumplen, haciéndose posible con todo ello avanzar hacia un modelo de AP caracterizado por la autogestión y orientado hacia la productividad y la eficiencia.

Asimismo, para avanzar por el camino de la autogestión y posibilitar la consecución de los objetivos marcados en el CG nos parece fundamental la existencia en cada EAP de un equipo directivo, constituido por un representante de cada estamento profesional, cuya máxima figura, es decir, el Director de Centro, se constituya como un mando intermedio dentro del esquema organizativo de cada Área de Salud. Aunque actualmente ya existe dicha figura, es éste un puesto que poco a poco se ha ido vaciando de contenido, hasta convertirse en un mero interlocutor a caballo entre los Gerentes de Área y los miembros del EAP, siempre sometido a las presiones que recibe de unos y de otros, casi nunca tomado en cuenta, muchas veces obviado y sin apenas capacidad de decisión.

Evidentemente para conseguir dotar a los EAP de un elevado nivel de autogestión entendemos necesario revertir esta situación, para lo cual resulta imprescindible modificar tanto el estatus como la función de los actuales Directores de Centro. Así, el Director de Centro –junto con su equipo directivo- no sólo debe participar activamente en el establecimiento de estrategias, prioridades y objetivos del propio EAP – aportando su propio punto de vista y canalizando las exigencias de las gerencias y las reivindicaciones de los profesionales sanitarios- sino que también debe contar con

capacidad organizativa y ejecutiva, convirtiéndose así en la figura destinada a dirigir los recursos humanos, estructurar las tareas a realizar por cada uno de los estamentos profesionales de los CS, facilitar el que se cumplan las expectativas laborales de los trabajadores, gestionar los recursos presupuestarios, y, por encima de todo, orientar el quehacer diario del EAP a la satisfacción del usuario. En consecuencia, resulta imprescindible que aquellos que opten al puesto sean personas con un conocimiento acreditado de planificación y gestión sanitaria, tengan capacidad de liderazgo y estén suficientemente motivados para el desarrollo de sus funciones, todo lo cual deberá ser convenientemente valorado por las Gerencias a la hora de proceder a su designación. A su vez, para desempañar eficazmente sus funciones, el Director de Centro deberá ver reducida su tarea asistencial y recibir un complemento económico acorde con sus responsabilidades[42].

Por su parte, la monitorización de procesos y resultados es un elemento fundamental en todo modelo de gestión, ya que la evaluación periódica del desempeño es el principal instrumento no solo para verificar las ineficiencias del sistema, sino también para poner en marcha los mecanismos necesarios para revertir dicha situación. Para que ello sea posible es necesario contar con unos buenos sistemas de información y recogida de datos, que permitan obtener un retrato ajustado del quehacer de los profesionales sanitarios en cada CS, y así poder implementar medidas correctoras ante el hallazgo de deficiencias.
También entendemos prioritario introducir incentivos que incidan positivamente en la motivación de los profesionales, ya que uno de los problemas que presenta el actual modelo de gestión en AP es la ausencia casi absoluta de mecanismos que premien la excelencia, situación ésta que acaba por primar la mediocridad.

En este sentido resulta evidente que toda empresa de servicios, y la sanidad lo es, debe orientar su actuación a satisfacer las necesidades y demandas de sus usuarios, pero para que ello sea factible resulta fundamental contar con la motivación del cliente interno, que en el caso que nos ocupa sería el profesional sanitario.

Generalmente se citan tres tipos de motivaciones que ayudan a que una persona se compromete con la empresa en la que trabaja y coopere en la consecución de sus objetivos. Así, existen motivaciones trascendentes (que ayudan a satisfacer necesidades de tipo afectivo), motivaciones intrínsecas (que ayudan a satisfacer necesidades de índole psicológico) y motivaciones extrínsecas (que ayudan a satisfacer necesidades materiales)[43].
Pues bien, los profesionales que desempeñan su labor en el ámbito de la AP no encuentran plenamente satisfechas ninguna de sus necesidades, y una prueba evidente de ello la encontramos en la alta prevalencia de desgaste profesional o síndrome de *burnout* entre los médicos de AP[44,45,46].

Así, los vínculos trascendentes se han ido diluyendo debido a una excesiva jerarquización, a la falta de rigor y transparencia en el proceso de toma de decisiones, a una estructura directiva sin el necesario nivel de liderazgo y capacitación debido a que su elección responde las más de las veces a criterios de amiguismo o proximidad ideológica y no de mérito profesional y a una falta de implicación de los profesionales de a pie en los objetivos de la organización. En consecuencia, sería deseable un viraje del modelo organizativo, de tal forma el profesional se sintiera identificado con los valores que la empresa representa, para lo cual la descentralización y la participación de los profesionales en los procesos de toma de decisiones y fijación de objetivos resultan imprescindibles.

Tampoco la AP es capaz de satisfacer las necesidades intrínsecas de los profesionales de los EAP, al convertirlos de facto en médicos de segunda categoría, muchas veces supeditados al médico especialista. A este respecto y al lado de iniciativas que fomenten la autoestima y la consideración social (como son el acceso a un mayor número de pruebas diagnósticas o la facultad de guiar al usuario en su itinerario por el SNS) sería exigible la sustitución de la actual Carrera Profesional -en la que el paso de un nivel a otro está ligado esencialmente al tiempo de permanencia en el puesto desde la aprobación de la oposición- por un modelo de desarrollo profesional (que debería hacerse extensivo tanto a médicos como enfermeros) por niveles de capacitación, a cada uno de los cuales se accediera no fundamentalmente (como ocurre en la actualidad) por el tiempo de actividad asistencial, sino también valorando suficientemente la asistencia a cursos de formación acreditada y congresos, el desarrollo de actividades docentes, la presentación de ponencias en Congresos y la publicación de artículos en revistas de carácter científico-médico.

Por último, destacar que cualquier estrategia de

motivación debe incluir incentivos de carácter económico, no solo porque el salario establece en gran medida el nivel de bienestar personal y familiar y la posición en el escalafón social, sino también porque es una herramienta al servicio de la mejora de la calidad y de la contención del gasto[47]. Por ello, entendemos imprescindible que la evaluación del desempeño no quede simplemente en una mera certificación de la calidad asistencial, sino que se acompañe de un sistema retributivo que, en función de los resultados obtenidos, permita discriminar económicamente la excelencia de la mediocridad.

Por otra parte, junto al cambio del modelo asistencial, se hace necesario un cambio en el modelo organizativo de los CS. Así, uno de los problemas que con mayor urgencia es necesario resolver no es otro que el de la excesiva presión asistencial soportada por el colectivo médico, pues traería consigo una mejor atención al paciente, al permitir al médico estructurar adecuadamente su consulta, dedicar un mayor tiempo de atención a los usuarios, minimizar el riesgo de mala praxis que conlleva las prisas y el cansancio, disminuir las derivaciones a atención especializada y evitar la medicina defensiva. En aras de este objetivo entendemos prioritario disminuir la importante carga burocrática que en la actualidad se da en las consultas, para lo cual entendemos fundamental, por un lado, la universalización de la receta electrónica y, por otro, el establecimiento de un circuito que facilite la emisión por parte del personal administrativo de los partes de confirmación de ILT en aquellos casos que sean de larga duración.

Igualmente consideramos necesario un cambio de rol del personal de enfermería, de tal forma que éste se implique en mayor medida que hasta la fecha en tareas asistenciales, ya que parece obvio que, dada su formación, los enfermeros están capacitados para resolver muchos problemas y necesidades de la población que actualmente se escapan de su ámbito de responsabilidad[48]. Por ello creemos llegado el momento de redefinir la Cartera de Servicios específica de enfermería, en el sentido de que ésta recoja de forma exhaustiva el conjunto de actividades que se correspondan con el nivel de capacitación de dicho colectivo, de tal forma que se evite en la medida de lo posible la dejación de responsabilidades que en más ocasiones de las debidas se viene produciendo, amparada en la ausencia de criterios claros y explícitos en el reparto de funciones. En la línea de lo expuesto, nos parece un notable avance la puesta en marcha de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, ya que ello reforzará al personal de enfermería, favoreciendo la racionalización del reparto de funciones y la optimización de los recursos humanos en los CS.

Otro de los grandes males que aqueja a la AP es la limitada capacidad de respuesta de los médicos de familia a muchos de los problemas planteados por los usuarios debido a la falta de acceso a un gran número de pruebas diagnósticas. Resulta paradójico y sumamente desalentador el que después de haber cursado 6 años de licenciatura y 4 de especialidad el recién formado médico de familia se vea obligado, por falta de medios que no de conocimientos, a derivar a muchos de sus pacientes al especialista, por el mero hecho de no poder acceder a una determinada exploración complementaria. Para evitar esta situación resulta prioritario llevar cabo una reevaluación de los límites y capacidad de actuación de los médicos de AP, con el fin de equiparar su nivel de conocimientos con los medios puestos a su disposición. Asimismo, se debería facilitar la formación continuada en los propios centros, para lo cual resulta de vital importancia la existencia de un responsable de docencia encargado de promover y facilitar dicha actividad, atendiendo a las necesidades de los profesionales del CS y a las particularidades de la población atendida.

A su vez, el médico de familia debería ser el médico responsable de la atención al paciente tanto en el Centro de Salud como en el nivel de medicina especializada, ejerciendo de guía y asesor de aquellos pacientes que, por la complejidad y/o gravedad del problema de salud que presentan, requieran una atención especializada. Para que ello sea factible es necesario garantizar la continuidad asistencial entre AP y AE, debiéndose facilitar una comunicación fluida entre médicos de familia y especialistas mediante la realización de sesiones clínicas conjuntas y de reuniones periódicas que sirvan de nexo de unión entre ambos estamentos asistenciales, la realización de protocolos de actuación conjunta que permitan una uniformidad de criterios y pautas de actuación, así como posibilitar además de las interconsultas al uso mediante derivación del paciente, la realización de interconsultas telefónicas y *online.*

Con todo ello el médico de familia encontraría los medios y la motivación necesaria para estar permanentemente inmerso en un proceso de mejora continua de sus prestaciones,

recuperando, a su vez, el prestigio perdido entre la población.

Para terminar con la estructura organizativa de los EAP señalar que la puesta en marcha de sistemas de cita previa como el SCAE o la cita online, debería suponer una disminución de la carga de trabajo para el personal administrativo, lo cual, a su vez, debería posibilitar que la zona administrativa se convierta en un verdadero punto de atención al cliente, en el que los pacientes encuentren solución a muchas de las trabas administrativas con las que habitualmente se encuentran y puedan asimismo canalizar sus quejas e insatisfacciones.

Por otra parte, junto a los problemas de financiación, gestión y organización, nos encontramos una evidente falta de racionalidad en la orientación de la AP, al estar su actividad fundamentalmente dirigida al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, quedando relegadas a un segundo plano la implementación de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo cual no viene sino a contrastar con lo establecido por la LGS.

En este punto cabe recordar que, si bien hasta la primera mitad del siglo XX las principales causas de morbimortalidad eran el hambre y las enfermedades infecciosas, a partir de los años 50 del siglo XX este lugar lo vinieron a ocupar en los países desarrollados enfermedades crónicas y de carácter degenerativo, estrechamente ligadas a estilos de vida perjudiciales para la salud, como son las afecciones cardiovasculares y el cáncer[49]. Por ello el control de las enfermedades más prevalentes en la actualidad depende más del control de factores de riesgo ligados al estilo de vida y a las condiciones ambientales que de la aportación de innovaciones terapéuticas, ya que las primeras muchas veces logran evitar la aparición de la enfermedad, mientras que las segundas sólo pueden actuar una vez ha comenzado a desarrollarse el proceso morboso y, además, generalmente no consiguen revertir el mismo[50].

Es por ello que nos encontramos con el hecho de que las inversiones sanitarias y tecnológicas no siempre se traducen con la intensidad deseada en cambios positivos ostensibles sobre la salud de la población. Por ello la eficacia y eficiencia de un sistema sanitario orientado básicamente hacia el diagnóstico y el tratamiento pueden ser bajas si no se acompañan de medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que contribuyan a modificar los hábitos de vida nocivos que se hallan en la base causal de las enfermedades más prevalentes en las sociedades desarrolladas[51]. En este sentido, es importante reconocer que, sin minimizar el valor de la medicina clínico-terapéutica, la asistencia médica es tan solo uno de los factores que, junto a la dotación genética, el ambiente, la nutrición, los estilos de vida y el trabajo, determinan el estado de salud de la población[52].

Por ello entendemos que todavía queda mucho por hacer en los CS en el campo de la promoción de la salud, ya que en la actualidad es una actividad marginal. Evidentemente, dado que los factores determinantes de la salud son múltiples y muchos de ellos escapan de la esfera estrictamente sanitaria, resulta necesario que los EAP actúen de forma coordinada y sinérgica con otros estamentos, como son las autoridades político-sanitarias, los sindicatos, los centros educativos, las ONG y, en definitiva, con todas aquellas instituciones cuya actividad pueda influir en el estado de salud de la población.

Mucho más se ha avanzado en el campo de la prevención y así los programas de vacunación infantil (prevención primaria) o las actividades de cribaje para la detección precoz del cáncer (prevención secundaria) han conseguido disminuir respectivamente la incidencia y la prevalencia de determinadas enfermedades. Sin embargo, es todavía mucho lo que se puede hacer en relación a la educación sanitaria, siendo de vital importancia que los individuos, tanto sanos como enfermos crónicos, adquieran los conocimientos necesarios para desarrollar habilidades que les permitan responsabilizarse de su estado de salud (autoayuda o autocuidados) y participar en la toma de decisiones sobre la salud de la comunidad (empoderamiento). En esta línea de actuación, desde el CS resulta prioritario el impulso por parte de los profesionales sanitarios de actividades tales como las discusiones en grupo o las charlas, debiéndose además intensificar la colaboración con otros estamentos profesionales para la difusión de los conocimientos, actitudes y habilidades referidas a la salud en escuelas y centros de trabajo.

Confirmando lo acertado de este planteamiento, en un estudio en el que se comparaba la eficiencia del Nacional Health Service (NHS) británico con la de una Health Mantienence Organization (HMO) del Estado de California denominada Kaiser Permanente se

llegó a la conclusión de que las personas mayores con enfermedades crónicas atendidas por la Kaiser Permanente presentaban tasas más bajas de frecuentación hospitalaria y estancias medias más reducidas que los atendidos por el NHS, y ello era debido fundamentalmente a que la HMO daba prioridad a la educación sanitaria del enfermo y a los autocuidados, utilizando, a su vez, a la familia de los enfermos como coproveedores de servicios al paciente [53,54].

Por todo lo expuesto entendemos necesario, en consonancia con lo recomendado por la OMS en su Carta de Ottawa[55], una reorientación de la AP, de tal forma que el quehacer diario de los profesionales sanitarios de la AP esté dirigido no sólo a la curación de la enfermedad, sino también a mejorar la calidad de vida de los individuos mediante la prevención de la enfermedad y la promoción de estilos de vida saludables.

Finalmente señalar la necesidad de desarrollar mecanismos que faciliten la participación comunitaria, para así poder conectar la AP con el entramado social en el que se desenvuelve y abordar de manera integral los problemas de salud pública.

Si bien tradicionalmente se ha dado una gran importancia a la participación comunitaria para elevar el nivel de salud de la comunidad, y de hecho así se recoge en la LGS, lo cierto es que hasta la fecha las actuaciones en este ámbito han sido muy limitadas y de escasa repercusión.

Así, en una suerte de despotismo ilustrado, lo que se viene realizando en el ámbito sanitario es muy parecido a aquello de "todo para el pueblo, pero sin el pueblo", sin caer en la consideración de que sin la participación activa de la comunidad difícilmente tendrá un éxito rotundo la actividad sanitaria. De hecho, para conocer de primera mano no solo las necesidades objetivadas por el profesional sanitario en el desempeño de sus funciones o las necesidades expresadas en la consulta por los usuarios, sino también aquellas necesidades sentidas por la población en relación a su salud y los servicios de que disponen es necesario buscar en la propia comunidad las fuentes de información.

Por lo tanto, si realmente queremos hacer una medicina orientada a resolver los problemas de los ciudadanos se hace imprescindible contar con la colaboración activa de éstos. Para ello planteamos la necesidad de establecer los suficientes canales de participación comunitaria como para que dicha participación deje de ser una entelequia y se convierta en una realidad. En este sentido creemos que los Consejos de Salud pueden convertirse en el órgano de participación comunitaria por excelencia, siempre que dejen de ser organismos meramente testimoniales, con escasa influencia en la actividad de los profesionales sanitarios y, por lo tanto, de escasa relevancia, para convertirse en organismos donde se establezcan prioridades, se elaboren líneas de actuación y se propongan medidas encaminadas a resolver los problemas percibidos por la comunidad.

A su vez, para aumentar la participación comunitaria sería conveniente establecer vínculos de relación con organizaciones y agentes sociales relacionados con el mundo de la salud y participar activamente en la creación de grupos de apoyo para personas con problemas de salud.

Todo lo dicho en relación con la participación comunitaria no es nuevo, pero lo que si resultaría novedoso es que todas estas acciones se llevaran a cabo, por lo que instamos a las autoridades sanitarias a acometer la tarea de hacer partícipes a los ciudadanos en el devenir del sistema sanitario que les da cobertura.

Conclusiones

A lo largo de este artículo hemos intentado inicialmente dar cuenta del conjunto de acontecimientos que se sucedieron en épocas pretéritas para alumbrar el modelo de AP actualmente vigente, para, a continuación, analizar, guiados por la defensa de la sanidad pública, el estado actual de la AP después de casi tres décadas de funcionamiento. A su vez hemos realizado, a propósito de las deficiencias encontradas, una serie de propuestas, algunas de las cuales representan recomendaciones generales que marcan líneas de actuación, mientras que otras constituyen medidas concretas cuya implementación se debería, al menos, tomar en consideración. Con todo esto lo que pretendemos es propiciar el debate y la confrontación de ideas en la búsqueda de soluciones y todo ello desde el convencimiento de que en un momento como el actual, en el que la propia sostenibilidad del Estado del bienestar se encuentra en entredicho, lo único que no es lícito hacer es no hacer nada, siempre que lo que se pretenda sea garantizar la viabilidad de una de las prestaciones que en mayor medida contribuyen a la calidad de vida

de los ciudadanos.

Bibliografía

1-Boletín Oficial del Estado. Constitución Española. (BOE 29/12/1.978).

2- Organización Mundial de la Salud. Constitución. Ginebra, 1.946.

3- Lalonde M. "A new perspective on the health of canadians". Minister of Supply and Services. Ottawa, 1.974.

4- Dever G.E.A. "An Epidemiological Model for Health Policy Analisis". Soc. Ind. Res. 1.976, vol.2, nº 4, pp. 453-466.

5- Pinault R., Daveluy C. "La planificación sanitaria. Conceptos-Métodos-Estrategias". Masson S.A., Barcelona, 1.987.

6- Organización Mundial de la Salud. Alma-Ata 1.978. "Atención Primaria de Salud". (Serie <Salud para todos> Nº 1). Ginebra, 1.978.

7- Organización Mundial de la Salud. "Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2.000" (Serie <Salud para todos> Nº 2). Ginebra, 1,979.

8- Organización Mundial de la Salud. "Proceso de gestión para el desarrollo de la salud" (Serie <Salud para todos> Nº 5). Ginebra, 1.981.

9- Aston J, Seymour H. "La nueva Salud Pública". Masson S. A. Barcelona, 1.990.

10- Elola Somoza J. "Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España. (1.983-1.990)" Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social. Madrid, 1.991.

11- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 137/1.984, de 11 de enero, sobre estructuras Básicas de Salud. (BOE 01/02/1.984).

12- Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1.986, de 25 de abril, General de Sanidad. (BOE 29/05/2.003).

13- Boletín Oficial del Estado. Ley 16/2.003, de 28 de mayo, de cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. (BOE 29/05/2.003).

14- Gené Badía J. Jiménez Villa J. Martín Sánchez A. "Historia clínica y sistemas de información". En A. Martín Zurro y J.F. Cano Pérez. Atención Primaria, 5ª ed. Editorial Elsevier. Madrid, 2.003.

15- Sackett D.L. Rosenberg W. Muir J.A. Haynes R.B. Richardson W.S. "Evidence based medicine: what it is and what it isn't" BJM. 1.996; 312: 71-2.

16- Starfield B. "Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología" Masson S.A: Barcelona, 2.001.

17- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 3.303/1.978, de 29 de diciembre, por el que se regula la medicina de familia y comunitaria como especialidad de la profesión médica. (BOE 02/02/1.979).

18- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 858/1.992, de 10 de julio, por el que se define la estructura básica del Ministerio de Sanidad y Consumo. (BOE 16/07/1.992).

19- Editorial. "El Contrato de Gestión en los Centros de Atención Primaria". Medifam, 2.001; vol. 11, nº 8.

20- Boletín Oficial del Estado. Ley 29/2.006, de 26 de julio, Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. (BOE 27/07/2.006).

21- Alonso R. García Alonso R. González-Posadas J.A. "La Cartera de Servicios en Atención Primaria". Medifam, 1.995; nº 3: 131-136.

22- García Alonso R. Alonso R. López Vega E. González-Posadas J.A, Sempere R. "Estrategias de desarrollo de Cartera de Servicios". Rev. Adm. Sanit. 1.997; nº 1: 595-610.

23- Alonso R. García Alonso R. López Vega E. "Situación de la Cartera de Servicios del Insalud". Centro de Salud, 1.998; vol. 6, nº 6: 351-356.

24- Elola Somoza J. "Crisis y reforma …". op. cit.

25- Villalbí J.R. Guarga A. Pasarín M.I. Gil M. Borrell C. Ferrán M. et al. "Evaluación del impacto de la reforma de la Atención Primaria sobre la salud". Atención Primaria. 1.999; 24:468-74.

26- 14- Canalls J. "El Sistema Nacional de Salud" en el Informe "La situación de salud y el Sistema Sanitario en España". Observatorio de Políticas de Salud de la Fundación 1º de Mayo. Madrid, 2.010.

27- Organización Mundial de la Salud. "The Adelaida Recommendations. Healthy Public Policy". Conference Statment. Adelaida, 1.988).

28- Lamata Cotanda F. "Cooperación y gobernabilidad en el Sistema Nacional de Salud" Comparecencia ante la Subcomisión del Congreso de los Diputados. Pacto de Estado para la estabilidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid, 24 de junio de 2.009.

29- Abellán JM, Sánchez FI, Méndez I, et al. "El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas. Sostenibilidad y reformas". Fundación BBVA. Bilbao. 2.013.

30- Consejo Económico y Social (España). "Informe de desarrollo económico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario". Informe 01/2.010. Madrid, 2.010.

31- Abarca Buján B. "Cualquier opción de futuro pasa por tener en cuenta al profesional". En "Atención Primaria de Salud: nuevos retos, nuevas soluciones". Informe de la Sociedad Española de Directivos en Atención Primaria. Edita Grupo Saned. Madrid, 2.009.

32- Chiang-Hua Chang, Therese A. Stukel, Ann Barry Flood, David C. Goodman. "Primary Care Physician Wokforce and Medicare Beneficiaries' Health Outcomes". JAMA 2.011; 305 (20): 2.096-2.104.

33- Sánchez Martinez FI, Abellán Perpiñán SM y Oliva Moreno J. "La privatización de la gestión sanitaria: efectos secundarios de la crisis y síntoma de mal gobierno". Informe SESPAS 2.014. Gac. Sanit. 2.014; 28 (S1):75-80.

34- Lamata Cotanda F. "Cooperación y gobernabilidad…". op. cit.

35- Sevilla J. "La sanidad hay que pagarla". Diario El Mundo, Suplemento "Mercados", pp 9, Nº 167, 3 de Abril de 2.011.

36- Aguilera García L. "Atención Primaria: Reforma si, pero completa". En "Atención Primaria de Salud: nuevos retos,

nuevas soluciones". Informe de la Sociedad Española de Directivos en Atención Primaria. Edita Grupo Saned. Madrid, 2.009.

37- Comunidad de Madrid. "Plan de garantía de sostenibilidad del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid". 2.013. http://www. Madrid. Org.

38- Boletín Oficial del Estado. Sentencia 84/2.015, de 30 de abril de 2.015. Recurso de inconstitucionalidad 1884-2.013. (BOE 08/06/2.015).

39- Colegio Oficial de Médicos de Madrid, Colegio de Enfermería de Madrid y diferentes Sociedades Médicas y de Enfermería. "Modelo de Autonomía de Gestión en Atención Primaria". 2.013. http://www.slideshare.net.

40- Ledesma A. ¿Autogestión o autonomía de gestión? Gac. Sanit. 2.012; 26:57-62.

41- Elola Somoza J. "Gestión del SNS, ¿se puede?, ¿se debe?, ¿cómo?". Rev. Adm. Sanit. 2.004; 2 (3): 375-86.

42- Aguilera Guzmán M. "El modelo de Atención Primaria está agotado. Una realidad o un espejismo". En "Atención Primaria de Salud: nuevos retos, nuevas soluciones". Informe de la Sociedad Española de Directivos en Atención Primaria. Edita Grupo Saned. Madrid, 2.009.

43- Simó Miñana J. Chinchilla Albiol N. "Motivación y médicos de familia. (I)". Aten. Primaria. 2.001; 28(7): 484-90.

44- De Pablo González R. Superviola González JF. "Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria". Aten. Primaria. 1.998; 22: 580-4.

45- Molina Siguero A. García Pérez MA. Alonso González M. "Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid". Aten. Primaria. 2.003; 31:564-74.

46- Mingote Adán JC. Moreno Jiménez B. Gálvez Herrer. "Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención". Med. Clin. 2.004; 123 (7): 265-70.

47- Gérvas J. Ortún V. Palomo L. Ripio MA. Y Seminario de Innovación en Atención Primaria. "De la contención del gasto a la salud de la población". Rev. Esp. Salud Pública. 2.007; 81: 589-96.

48- López Morales M. "Formación de enfermería en AP en pregrado y postgrado". En "Atención Primaria de Salud: nuevos retos, nuevas soluciones". Informe de la Sociedad

49- Mckeown Th. "El papel de la medicina ¿Sueño, espejismo o némesis?". Ed. Siglo XXI. Madrid, 1.982.

50- Acheson R.M. Hagard S. "Health society and medicine". Blackwell. Oxford, 1.984.

51- Martín Zurro A. y Cano Pérez J.F. "Atención Primaria". 5ª edición. Elsevier. Madrid, 2.003.

52- Ashton J. Seymour H. "La nueva salud pública". Masson S.A. Barcelona, 1.990.

53- Feachem RGA, Sekri NK, White KL. "Getting more for their dollar: a comparision of the NHS with California´s Kaiser Permanente". BMJ. 2.002; 324:135-4.

54- Ham C. Cork N. Sutch S. Shaw R. "Hospital based utilization in the NHS, Kaiser Permanente, and the US medicare progame: análisis of routine data". BMJ. 2.003; 327: 1.257-60.

55- Organización Mundial de la Salud. "Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud". Revista de Sanidad e Higiene Pública. 1.987; 61:129-133.