

ARTÍCULO ESPECIAL

Cambio de modelo de atención sanitaria

Muñoz Cobos F

Médica de familia. CS El Palo. Málaga

CORRESPONDENCIA

Francisca Muñoz Cobos
E-mail: franciscam@ono.com

Recibido el 29-12-2015; aceptado para publicación el 15-03-2016
Med fam Andal. 2016; 1: 49-64

MODELO BIOPSIOSOCIAL FRENTE A MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA

La atención clínica a los problemas de salud se basa en el modelo conceptual con el que se organiza la asistencia sanitaria a la población.

El modelo biomédico tradicional, hegemónico hasta mitad del siglo XX, se caracterizó por el dualismo mente-cuerpo, la focalización causa-efecto y la relación clínica basada en la autoridad del profesional. La OMS rechazó esta concepción por su falta de utilidad en la mejora de la salud de las poblaciones e incorporó su definición de salud, optando por un modelo holístico, el biopsicosocial, con mejores resultados de salud en cualquier contexto geográfico y social. Cuando la sociedad cambia y el conocimiento científico muestra los determinantes de salud, se reafirma la implantación del modelo biopsicosocial¹.

Asistimos en las últimas décadas a una transformación profunda del modelo de atención sanitaria, del biopsicosocial al Modelo de Gestión Clínica, que está produciendo efectos secundarios², enormes distorsiones y grandes pérdidas, algunas probablemente no recuperables.

El cambio de modelo no es causal. El cambio no obedece a la crisis económica, aunque se crece en ella, pues empezó antes. En un mundo donde mandan los mercados financieros en lo económico y el pensamiento neoliberal en lo político, la Gestión Clínica se enmarca en la concepción de los servicios públicos como empresas, con

objetivos de sostenibilidad, eficiencia y rentabilidad.

Hay que considerar en la aceptación del cambio aspectos dependientes de los profesionales: falta de reflexión y debate colectivo, inercia, apariencia de “modernidad” y “cientificidad” del nuevo modelo, incentivos económicos que conlleva su implantación y alto grado de desgaste del trabajo clínico bajo orientación biopsicosocial.

El modelo biopsicosocial, parte de que “todos los problemas de salud son biopsicosociales (individuales, grupales y comunitarios)”³. La reforma sanitaria desarrolló la atención primaria bajo esta perspectiva: visión global de los pacientes como personas⁴, continuidad asistencial, conocimiento del contexto e incorporación del individuo como sujeto del proceso asistencial^{5,6}, bajo la fuerte evidencia del efecto de las características socioeconómicas, familiares, laborales, culturales y del apoyo social sobre salud y enfermedad⁷.

El modelo biopsicosocial da protagonismo a la medicina de familia y a la atención primaria como ámbitos en que se afrontan los problemas de salud disponiendo de los datos biomédicos necesarios más un amplio conocimiento psicosocial de las personas, lo que permite integrar la información y seleccionar los cursos de acción más adecuados⁸, minimizando fallos en la toma de decisiones del sistema sanitario.

“La medicina de familia es el punto de contacto inicial y abierto entre un paciente y un médico; ocupándose

*de cualquier problema de salud con independencia de la edad, el sexo, el órgano o aparato, la técnica terapéutica o diagnóstica o la dimensión biológica, social o psicológica de dicho problema*⁹.

El modelo biopsicosocial entiende la enfermedad como “experiencia” que afecta a todos los niveles de organización humana, desde el molecular al social¹⁰.

La toma de decisiones no se basa solo en guías y protocolos científicos sino que incorpora estrategias cualitativas para problemas de salud altamente complejos y cambiantes, diversificando las intervenciones hacia tratamientos más contextuales⁶.

El enfoque biopsicosocial no es restrictivo, da respuesta a TODOS los problemas de salud, de TODOS los pacientes a lo largo de TODA su vida¹¹. En las consultas de medicina de familia⁵, no hay “casos cerrados” ni “altas” para las personas que atendemos.

Este modelo de atención ha sido evaluado y validado por su utilidad para elevar los niveles de la salud poblacionales^{12,13,14}, siendo además bien valorado por los ciudadanos que ven satisfechas sus expectativas¹⁵.

Su aplicación mejora la calidad y equidad de los servicios y la realización de prácticas preventivas¹⁶, con impacto en reducción de la mortalidad. No es la mera existencia de estructuras de atención primaria lo que hace mejorar el nivel de salud de la población sino las características del modelo biopsicosocial¹⁷ con el que trabaja: accesibilidad, cuidados integrales, atención longitudinal y coordinación de la atención.

Este modelo usa recursos tan “elementales y complejos” como la biografía del paciente y el juicioso uso del tiempo (“esperar y ver”)¹⁸. La longitudinalidad permite atender a múltiples problemas de salud de la misma persona a lo largo del tiempo, conociendo simultáneamente los cambios en familia, grupos sociales y población¹⁹. Los problemas psicosociales llegan a suponer hasta el 56% de las consultas de atención primaria²⁰.

Los puntos débiles del modelo biopsicosocial derivan de su falta de desarrollo en la atención primaria española debido a la insuficiencia de recursos y del desgaste asociado al alto grado de compromiso emocional que comporta para los profesionales¹⁰.

En la actualidad este modelo de atención va desapareciendo, quedando relegado a “lugares remotos”⁶, o ámbitos minoritarios.

El **modelo de gestión clínica** supone un enfoque individual, biomédico, episódico (episodios de enfermedad), y muy dependiente de registros informáticos (entrevista clínica “centrada en el ordenador”⁶). En cierto sentido, supone una vuelta al reduccionismo biologicista del modelo biomédico tradicional.

Puede definirse como modelo gerencialista²¹, implantado en una segunda reforma sanitaria, con una visión de la sanidad pública como empresa de producción de servicios, basada en la separación de financiadores, gestores y productores (profesionales) a los que se exige calidad y coste-efectividad en sus decisiones clínicas.

Se sostiene en guías y protocolos de gran solvencia científica, frecuentemente realizados fuera de nuestro entorno, que no se implementan en su globalidad, sino seleccionando indicadores concretos desde ámbitos gerenciales sin contacto con la realidad asistencial. La aplicación de estas guías no admite reflexión, flexibilidad o crítica, dada la “alta cualificación” de su procedencia en comparación con la de los profesionales clínicos “de a pie”.

El modelo de gestión clínica desarrolla un sistema de incentivos económicos ligados al cumplimiento de objetivos, que son un potente inductor de cambios en la práctica profesional²² y ha generado grandes distorsiones, que analizaremos a continuación.

Su capacidad para mejorar la salud de la población queda por ser demostrada.

La tabla 1 muestra un resumen de las características diferenciales de los modelos biopsicosocial y de gestión clínica.

Hemos perdido los nombres

Los nombres son una forma de identidad: los significantes corresponden a significados y éstos otorgan a las palabras capacidad para “denominar”, más que solo “nominar”.

Tabla 1

| MODELO BIOPSICOSOCIAL | MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA |
|--|---|
| Centrado en la salud biológica-psicológica y social | Centrado en la enfermedad y en lo biológico |
| Orientado a la persona, la familia y la población | Orientado a las patologías |
| Continuidad asistencial, atención a lo largo de la vida | Episodios de enfermedad |
| Protagonismo de la atención primaria y la medicina de familia | Protagonismo variable según las patologías |
| Basado en la universalidad, accesibilidad y la equidad | Basado en el coste-efectividad |
| Basado en información biomédica y contextual | Basado en información biomédica |
| Trabajo en equipo | Trabajo individualizado |
| Motivación intrínseca (basada en el desarrollo del proyecto profesional) | Motivación extrínseca (basada en incentivos económicos) |
| Entrevista clínica centrada en el paciente | Entrevista clínica centrada en el registro |

Ya no nos llamamos “centros de salud”: lugar donde se promueve la salud de las personas en sentido global, con multitud de intervenciones preventivas, curativas, rehabilitadoras que abarcan el ciclo vital completo.

En el hospital ya no se llaman “servicios”, palabra que indica una función social: “servir” a los ciudadanos en la reparación de sus problemas de salud y la recuperación de la funcionalidad.

Ahora todos nos llamamos “Unidades de Gestión Clínica”.

La “nueva” historia clínica

La historia clínica, sea cual sea su formato, no pertenece a profesionales, gestores, estadísticos, auditores, es de los pacientes y contiene sus problemas de salud, datos de sus familias, de sus trabajos, de sus tratamientos. La historia de los pacientes debe cuidarse con esmero y cumplimentarse casi con devoción, reflejando todo aquello que otro profesional necesitará saber ahora o dentro de unos años, para atenderle correctamente, para comprender un motivo de consulta, para orientar un diagnóstico.

Bajo el modelo de gestión clínica la historia es un conjunto de datos tipo códigos y tipo casillas que clicar²³, lugares recónditos donde anotar valores aislados del resto y altamente variables según el contrato-programa vigente, convirtiendo la historia en instrumento para el cumplimiento de objetivos más que en resultado de la actuación clínica²⁴.

Registrar según el contrato-programa no es fácil, supone avanzar por una pesadilla de rutas

informáticas que consumen el poco tiempo que tenemos para los pacientes, pareciendo, más que médicos, una especie de “teleoperadores clínicos”⁶.

La historia electrónica para la gestión clínica tiene un formato rígido, responde a un enfoque biologicista²⁵, no está adaptada a los múltiples motivos de una misma visita ni a interrelacionarlos, elemento de alto valor en el diagnóstico clínico. Siendo la informatización absolutamente necesaria, los sistemas utilizados parecen más pensados para el control de los profesionales que para la asistencia clínica a los pacientes²¹.

Con este modelo de historia se puede medir calidad científico técnica, pero no otros componentes esenciales de la práctica, como relación médico-paciente y coordinación del equipo²⁶, aspectos más bien obstaculizados: acceder a las valoraciones sociofamiliares de la trabajadora social, implica “salirse” y entrar de nuevo “por otra ruta”.

“El modelo actual de historia clínica culmina un proceso de empobrecimiento y rigidez en la medicina. En la práctica, va contra la profundización de la reflexión clínica y de los conceptos de medicina de familia, favorece el olvido de lo crucial que es la comunicación interpersonal y la importancia de la narración y los contextos, sesga el diagnóstico clínico y plantea problemas técnicos, de confidencialidad y de bioética”⁶.

Hemos perdido los objetivos “de salud”

El objetivo del sistema sanitario, de todos los profesionales y de todas las intervenciones es mejorar la salud de la población. El modelo de gestión clínica establece objetivos incluidos en

los llamados contratos-programa que no necesariamente responden a esta premisa, son seleccionados de arriba-abajo, altamente cambiantes por años y sin evidencia de producir mejoras reales.

Estos objetivos responden a la necesidad del modelo de gestión clínica de definir y medir los "productos" de la empresa sanitaria de forma tangible, asignándoles un valor relacionable con el coste y obviando lo que no pueda "medirse" (*"lo que no está en el contrato programa no existe"*)²¹. No responden a una planificación basada en necesidades, ni a la evidencia científica exigida a los clínicos, mostrando una doble vara de medir¹⁸: los profesionales debemos justificar nuestras decisiones en pruebas científicas, los gestores en las "órdenes superiores". La verticalidad de los objetivos aumenta la distancia gestores-profesionales, sin compartir valores, preocupaciones ni objetivos¹⁸.

El cumplimiento de objetivos conlleva centrarse en lo que se mide, no siempre coincidente con la necesidad de salud del paciente, incluso podrían contribuir a disminuir la calidad clínica²⁷. Muchos objetivos definen aspectos con poco impacto en la salud de los pacientes, no incluyen criterios de prioridad y, como son numerosos, producen un efecto de dispersión que dificulta la asistencia de calidad.

Los indicadores seleccionados suelen referirse a aspectos puntuales de las enfermedades (atención episódica), alejados de la visión global, la complejidad de la pluripatología y la atención longitudinal y contextual característica de la atención primaria.

La imposición de objetivos comunes a todos supone pérdida de la autonomía de los equipos para adaptarse a las necesidades de su población y de su poder transformador y dinamizador. Comparar centros que atienden a poblaciones socialmente dispares "es como comparar uvas y peras"²⁸; igualar metas en contextos diferentes lleva a una gran inequidad²³.

Otro aspecto distorsionador es el cambio de objetivos año por año: conseguir una meta de salud necesita mucho tiempo de trabajo en una misma dirección y el continuo vaivén de indicadores muestra falta de previsión y de norte, aumentando la gran distancia entre los que deciden y la realidad asistencial.

La selección de objetivos no se fundamenta en pruebas de su utilidad real, alejándose de la Medicina Basada en la Evidencia, y mucho más del componente humanístico de la atención sanitaria o Medicina Basada en la "Vivencia"²⁹.

Una terrible consecuencia de los contratos-programa es el desplazamiento del esfuerzo de profesionales y equipo hacia determinadas actividades³⁰, abandonando otras, quizá más importantes para la salud de la población.

Mención especial recibe el efecto especialmente perverso de objetivos como la "demora cero": fomenta la "sociedad de la prisa", la inmediatez de la respuesta "exprimiendo" los tiempos del acto médico; es potencialmente peligroso para las decisiones clínicas, y "devalúa la profesión y apuesta por un modelo de atención primaria como cadena de producción o como "puntos de urgencia transmutados"³¹.

No implica mayor calidad al basarse en la demanda (salud subjetiva), sin correspondencia, más bien es inversa, con la salud objetiva³².

Su propia inclusión da por hecho que la demora cero es posible y que si no lo conseguimos es por mala organización y/o cierta "ociosidad" de los profesionales. Respecto a las demoras en consulta, la lectura debería ser la contraria: *"los retrasos deben ser comprendidos y entendidos por la mayoría de los usuarios como consecuencia de la dedicación del profesional"*³¹.

La aceptación acrítica de la demora cero permite ocultar sus verdaderas causas: inadecuado dimensionamiento de los equipos para la población a cargo, falta de sustituciones, exceso de carga burocrática, aumento de la cartera de servicios sin dotación de recursos para asumirla, problemas de funcionamiento de los sistemas informáticos, complejidad de la consulta (múltiples motivos de consulta, de varios miembros de la familia, casos graves y complejos, problemas psicosociales...).

Otros objetivos, como la reducción de derivaciones, también tienen efectos adversos relevantes. Su selección como indicadores no responde a un aumento de éstas, ya que los porcentajes de derivación en nuestro país permanecen bastante estables durante décadas³³.

Se parte de una falsa afirmación: mejorar equivale a reducir³⁴. El número de derivaciones no dice nada sobre su adecuación y reducirlas podría producir efectos negativos para el paciente³⁵, no existiendo ninguna evidencia de cuál es el momento de la enfermedad y del proceso asistencial apropiado para efectuarlas.

En las derivaciones influyen factores múltiples y complejos^{26,27}: características de la población y de los profesionales, sobrecarga asistencial, falta de acceso a pruebas diagnósticas y/o terapéuticas, etc.

La mayor tasa de derivación no supone menor conocimiento o formación del profesional, más bien hay evidencias de lo contrario^{38,39}. La demanda derivada puede depender más del funcionamiento del nivel hospitalario que de atención primaria^{40,36}.

Otro efecto perverso sería evitar derivaciones de pacientes atendidos no adscritos al cupo, con consecuencias negativas (demora en diagnóstico y/o tratamientos) en la asistencia al paciente.

Hemos perdido la personalización y humanización de la asistencia

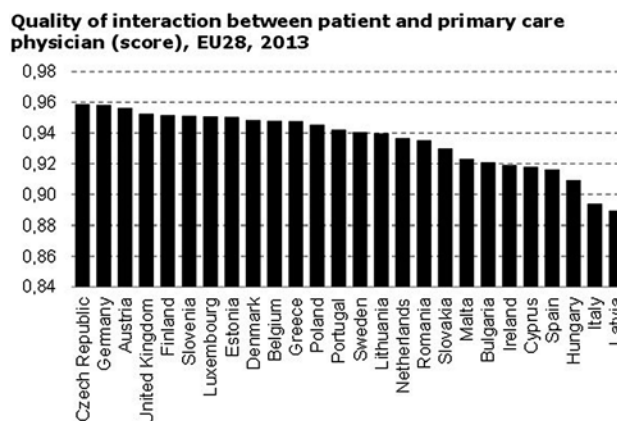
La gestión clínica prima la atención inmediata, la "alta resolución" y el ahorro de recursos, en clara contradicción con la medicina de familia, que requiere tiempo, intimidad y cuidado⁴¹.

Cada vez con mayor frecuencia, los pacientes de profesionales no sustituidos, reciben asistencia de varios profesionales, rompiéndose la personalización y continuidad asistencial, incluso por tiempo prolongado. Este hecho es coherente con la gestión clínica centrada en las enfermedades (cualquier profesional puede tratar un episodio) y focalizada a la atención individual, primando aspectos científico-técnicos en la relación asistencial: *"parece que cuanto más hemos aprendido a tratar bien las enfermedades más hemos desaprendido a tratar bien a los enfermos"*⁴².

Preocuparse de la competencia emocional del profesional es inaplicable en un modelo basado en el registro. El reconocimiento de las emociones propias y la capacidad de "sintonizar" con el paciente, son propósitos imposibles en consultas "resolutivas" centradas en la aplicación de algoritmos. En la gestión clínica el estilo comunicativo es más frío y técnico y se dan argumentos como "evitar el paternalismo" y "respetar la autonomía del paciente". *"El médico de familia es un espectador privilegiado del sufrimiento humano, pero un médico aturdido por los datos y sometido a una alta sobrecarga asistencial no puede ejercitar la empatía, la contención y la paciencia, ni mucho menos disfrutar del trabajo cotidiano"*⁴³.

La relación asistencial llega a ser, después de la familiar, la mejor valorada por la ciudadanía⁴⁴. Sin embargo, la calidad de la interacción entre medicina de familia y pacientes ha empeorado según el informe europeo (2013)⁴⁵, estando la puntuación de España entre las más bajas de Europa:

Figura 1. Valoración de la calidad de la interacción entre pacientes y médicos de familia en Europa⁴⁵



Hemos perdido la motivación

Las profesiones basadas en un alto nivel de vocación son gratificantes si el trabajo cotidiano permite desarrollar el proyecto profesional, parte importante del proyecto personal; así, el sistema sanitario debería permitir, más que ahogar, que los profesionales pudieran, al menos en parte, sentirse “realizados” en su práctica habitual.

La situación actual y la inexistencia de un proyecto de futuro como el que fue motivador durante los años de la reforma y posteriores, contribuye a la creciente desmotivación de los profesionales: ¿Ilusiona la gestión clínica a los médicos de familia?

La satisfacción con el trabajo depende de factores personales, profesionales y de la relación entre ambos⁴⁶. Entre éstos se encuentran el estímulo intelectual, los recursos disponibles, la independencia en las decisiones, el respeto, el trabajo compartido, la potencialidad de crecimiento profesional, el estilo de vida que impone el trabajo y la compensación recibida. La falta de congruencia de estos factores con los requerimientos del nuevo modelo (imposición de formas de trabajo, trabajo en solitario, presión sobre la utilización de recursos, incentivos económicos) contribuye a la desmotivación.

Traducir el cumplimiento de objetivos en compensación económica es probablemente el punto que más distorsiones crea respecto a la motivación.

La motivación extrínseca tiene el poder de reducir la intrínseca (motivación de logro) la que mueve al ser humano a mejorar, superar retos y da aliciente y creatividad al trabajo realizado. “*Los incentivos explícitos..... pueden llegar a destruir incentivos implícitos (p. ej., autoestima profesional)*”⁴⁷.

Cualquier pretensión de motivación tiene que ser necesariamente personalizada y orientada según capacidades e intereses personales⁴⁸ por lo que la uniformidad de las exigencias se aleja de promoverla.

El enorme malestar que genera el cambio de modelo en muchos profesionales se debe a la **disonancia cognitiva** que produce el “choque de trenes” entre lo que creemos que tenemos que

hacer, lo que deseamos hacer y lo que “tenemos” que hacer⁴⁹.

Los que aprendimos medicina de familia con el modelo biopsicosocial, vivimos una contradicción profunda y mentalmente perturbadora. Según la disonancia cognitiva, para librarnos de este malestar, o al menos reducirlo, podemos: hacer lo que pensamos yendo “contracorriente”, lo cual genera consecuencias negativas, o cambiar nuestro convencimiento inicial y pensar que lo que se nos pide es lo correcto, lo cual es emocionalmente más rentable pero nuestra mente se resistirá a hacerlo porque supone un cambio en nuestro proyecto profesional y personal. Esta segunda es la estrategia más exitosa para conseguir la persuasión sin resistencia y el cambio de actitudes, implantando en nuestras conciencias determinadas actitudes sobre las que no reflexionamos lo suficiente o a tiempo.

Argumentos que nos damos para reducir la disonancia, aceptando el nuevo modelo: los objetivos responden a evidencias científicas y están hechos por expertos; si no trabajamos por ellos fastidiamos al equipo; es la modernidad, si no estamos en esta onda quedaremos desfasados...

El final es un sentimiento profundo de incongruencia, altas exigencias cognitivas y emocionales⁵⁰, y un “efecto narcótico”⁴⁸ sobre la motivación, la responsabilidad, el compromiso y el afán de superación. La incentivación exclusivamente económica sobre objetivos pactados se convierte en una hipocresía concertada que apaga el verdadero interés por mejorar. Cambiar el foco de interés del logro profesional al incentivo económico, reduce el profesionalismo, la independencia y la autoestima⁵¹ y en Reino Unido hablan del “desmantelamiento” de la medicina general⁵².

Otra forma de dirigir

El trabajo de dirigir un centro de salud actualmente está centrado en la gestión. En muchos casos la dirección de medicina y enfermería no realiza labor asistencial, alejándose de la práctica real. El tipo de gestión es vertical, de transmisión de instrucciones y en dirección arriba-abajo. Se difuminan otros papeles que asignaba el modelo

biopsicosocial: voz del equipo ante el resto del sistema sanitario, dinamización entre centro de salud y comunidad, impulso de innovaciones y motivación del equipo.

La dirección, también presa de incentivos, con enorme valor asignado a los gastos de personal, puede contribuir a la sobrecarga de trabajo de los profesionales.

Los profesionales de la medicina de familia⁵⁰ tenemos las puntuaciones más bajas en reconocimiento de los superiores del esfuerzo realizado y en recibir apoyo adecuado y trato justo.

El modelo de gestión clínica fomenta el ejercicio del poder en la organización sanitaria, deja a los equipos sin voz ante estamentos gerenciales ascendentes y aumenta la distancia con las necesidades sanitarias de la población⁵³.

Hemos perdido la calle. Recluidos en la consulta

La gestión clínica se basa en la acción individual en consulta de cada profesional por separado, trabajando aisladamente, con la mayor calidad posible pero también en la mayor soledad posible. Este modelo nos ha encerrado en la consulta, centrándonos en la preocupación por ser buenos técnicos²¹: *“recluidos en nuestra consulta, ignorantes de lo que se cuece en el barrio y en la mente de los pacientes menos parecidos a nosotros, amparados por la evidencia científica y estimulados por la productividad, evaluamos riesgos cardiovasculares, hacemos cirugía menor....y hasta usamos el ecógrafo”*

Al basarse en demandas y episodios de enfermedad, no caben intervenciones comunitarias y se relegan aspectos fundamentales de la medicina de familia como la atención domiciliaria. La atención individual reduce las posibilidades de cooperación intersectorial¹⁹, fundamental en objetivos como calidad de vida, prevención de la dependencia o expectativa de vida libre de enfermedad.

El individualismo en la atención clínica invade también la prevención, focalizándola en la evitación de problemas de salud individual futuros más que en promover la salud poblacional^{54,19}.

El riesgo del enfoque individual es realizar muchas intervenciones sin mejorar el resultado, incluso generando riesgos⁵⁵ y dejar de realizar actuaciones no demandadas y no medidas, comunitarias o poblacionales, mucho más efectivas (la salud de la población depende de aspectos como la educación, la higiene, la alimentación, el trabajo y la redistribución de la riqueza⁵⁶).

La profunda e íntima relación entre salud pública y atención primaria se ha ido diluyendo, estableciendo fronteras artificiales y primando la atención al individuo, sin considerar que es la sociedad lo que lo hace humano⁵⁷ y que su salud no es tal si se separa de la comunidad y población en la que vive y enferma.

No es casual que las profesionales del trabajo social se releguen del sistema, desapareciendo o siendo “compartidas” entre varios centros de salud.

Hemos perdido el trabajo en equipo

El trabajo en equipo es una necesidad de la atención clínica, va mucho más allá del reparto de tareas e incluye el sentido de pertenencia, la aceptación, la cooperación y el respeto mutuo.

Un sistema que establece importantes diferencias de valoración y reconocimiento “oficial” destruye estos principios por su base, clasificando a los profesionales en un ranking de mayor a menor cumplimiento, de mayor a menor merecimiento: *“La competencia prima en la organización como valor sobre la cooperación”*²¹. Los desiguales incentivos económicos han sustituido la confluencia de intereses comunes por la competitividad y el recelo.

Como no hay que discutir para tomar decisiones (el equipo no tiene capacidad gestora), y la formación se ha convertido en un sistema centralizado altamente burocratizado (acreditación por agencias externas), las reuniones de equipo han dejado de ser un espacio de encuentro²¹, tan necesario en los grupos humanos.

El desigual y siempre escaso dimensionamiento de los equipos ha roto las unidades de atención familiar medicina de familia-enfermería, y la existencia de multitud de tareas unida a la so-

brecarga asistencial han convertido el trabajo en equipo en un “sálvese quien pueda”.

La individualización del trabajo aísla también a pediatras y matronas del resto de profesionales y fomenta la falta de reconocimiento de los administrativos y las trabajadoras sociales, desvinculándolos del resto del equipo y adscribiéndolos a unidades centralizadas.

Hemos perdido (aún más) el presupuesto

La atención primaria no ha tenido nunca un presupuesto adecuado a su papel en la asistencia sanitaria. En contraposición a la retórica sobre su importancia como “eje del sistema”, no se la ha dotado de recursos que avalaran esa relevancia teórica⁵⁸ ni en tiempos de “bonanza” económica: el gasto sanitario público en atención primaria se ha mantenido en torno al 16%⁵⁹, independientemente del partido gobernante.

De los tres grandes apartados del gasto sanitario público (atención primaria (AP), atención hospitalaria (AH) y gasto farmacéutico), el relativo a la atención primaria, que en un 90% corresponde a las Comunidades Autónomas (CCAA), mantiene la infravaloración respecto al hospitalario, sobre todo en las CCAA más ricas, durante el periodo 2002-2008⁶⁰.

En datos más recientes, se aprecia que el descenso en todos los campos de inversión sanitaria pública es mayor en atención primaria respecto a la hospitalaria (en el ejercicio 2010-2011: -1% AH, -1,7% AP; en 2011-2012:+1,9% AH, -4,1% AP)⁶¹.

Esta situación se ha agravado con los recortes. Entre 2009 y 2014 el gasto sanitario público se ha reducido un 21,42% y hay 53000 trabajadores menos en la Sanidad Pública⁶².

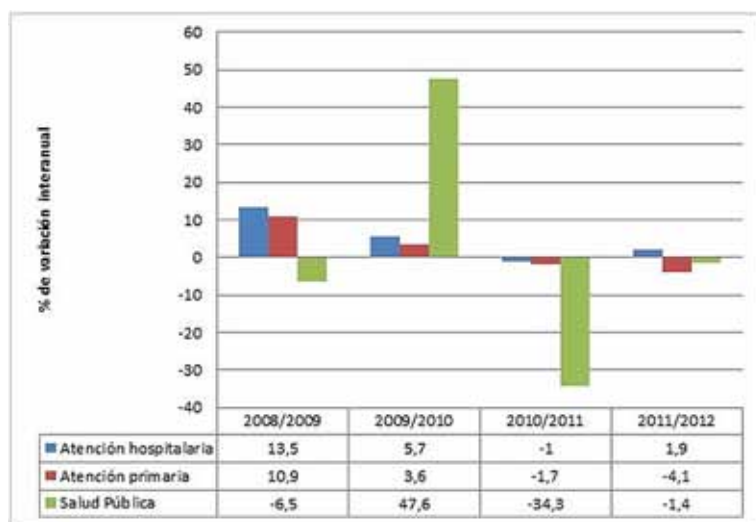
Los recursos no se dirigen en función de las necesidades, los servicios más utilizados (atención primaria) son los menos presupuestados y se distribuyen de forma excluyente: falta de acceso a procedimientos diagnósticos y terapéuticos con notable perjuicio para el paciente y desconsideración hacia la capacidad clínica del primer nivel asistencial.

Los pacientes conocen y sufren las carencias del sistema sanitario: según el Barómetro Sanitario⁶²: ha ascendido del 8,3 al 27,89% entre 2009 y 2013 el porcentaje de personas que piensan que la asistencia en las consultas de atención primaria ha empeorado.

La “descoordinación” de niveles

El sistema sanitario español sigue siendo hospital o céntrico, tanto a nivel de presupuesto como de “cultura” sanitaria.

Figura 2. Variaciones interanuales del gasto sanitario por sectores en España⁶¹



La primacía de la atención hospitalaria no se ajusta a las necesidades actuales de la población (pacientes de mayor edad con pluripatología) que precisa atención sociosanitaria cercana y en domicilio, más que atención hospitalaria y tecnológica⁶³. Existen grandes incógnitas acerca de la contribución específica de los servicios especializados a la salud de la población⁶⁴.

La falta de comunicación interniveles no promueve la igualdad en el reconocimiento mutuo del papel en la atención sanitaria: cuando se remite un paciente de hospitalaria a primaria parecen “darnos órdenes” sobre lo que debemos hacer; cuando se remite de primaria a especializada parece que “vamos a ser examinados”⁴⁹.

La política sanitaria actual favorece la competencia en lugar de la cooperación entre niveles, organizaciones y centros (“organización centrismo” o “nivel centrismo”)⁶⁵, con importantes consecuencias negativas para pacientes, profesionales y sociedad general (derivación o retención de casos que interesan o no, duplicación de pruebas, “peregrinar” de pacientes, descoordinación de tratamientos....).

Las numerosas altas precoces del segundo nivel (“alta capacidad resolutoria” como objetivo de gestión clínica), suponen “rederivaciones” y demoras en el diagnóstico. La falta de revisiones hospitalarias de pacientes con patologías crónicas, delegando el seguimiento en primaria, no se acompaña del necesario aumento de tiempo, acceso a pruebas complementarias y a tratamientos e intervenciones (“*apáñatelas como puedas*”).

Se apuesta por modelos que desplazan la atención hospitalaria hacia contextos propios del primer nivel⁶⁶ (atención a la cronicidad, hospitalización domiciliaria, cuidados paliativos), para los que la atención primaria debería contar con suficientes recursos humanos e instrumentales. Los hospitales han tenido habilidad para aumentar su influencia con fórmulas como la gerencia única⁶⁷, que tampoco muestran utilidad en la mejora⁶⁸.

La gestión clínica y los incentivos económicos

El salario es el pago por el trabajo realizado, que incluye tiempo, dedicación, responsabilidad

y actuaciones ejecutadas. El sistema de pago por capitación en atención primaria (población asignada) se acompaña de buenos resultados en salud⁶⁹. El modelo de gestión clínica introduce el pago por desempeño o rendimiento (pay for performance), según cumplimiento de objetivos incluidos en los contratos-programa (productividad) y aunque pretende mejorar la calidad, no ha demostrado beneficios para la salud de pacientes y poblaciones^{70,71}, existiendo múltiples alertas por sus efectos adversos^{72,73}.

Hay experiencias “positivas” de modelos de retribución variable según cumplimiento de objetivos⁷⁴, aunque no son las que conocemos: métodos participativos de selección de objetivos, individualización de metas, registros no manipulables por los profesionales. Aún así, la satisfacción de los usuarios no varió significativamente y los profesionales estaban sometidos a mayores demandas.

Algún aspecto como atención al tabaquismo mostró un impacto poblacional beneficioso al incluir como objetivo registrar el hábito tabáquico y el consejo antitabaco⁷⁵, aunque sigue la tendencia poblacional hacia la reducción del hábito de fumar.

El pago por desempeño tiene entre sus efectos secundarios: expresar desconfianza de los gestores hacia los clínicos (no se hace bien lo que no se incentiva)⁷⁶; falta de reconocimiento a actuaciones clínicas no incluidas; conflictos éticos derivados del papel del profesional como agente del paciente y de la sociedad⁷⁷; rechazo de pacientes que hacen difícil cumplir indicadores; priorizar el cumplimiento de objetivos sobre las necesidades del paciente⁷².

El sistema de productividad variable repercute negativamente en la satisfacción de los pacientes⁷⁸ y, aún con buena valoración de los profesionales⁷⁹, produce disminución de la autonomía y aumento del trabajo administrativo y clínico.

Hemos perdido la crítica

La imposición vertical de un modelo de atención sanitaria limita el pensamiento crítico o divergente¹⁰, la ética autónoma de los profesionales

y supone un ejercicio de poder ideológico y organizativo.

En el modelo de gestión clínica las decisiones ya vienen tomadas, *“no necesita equipos que piensen sobre el sentido de su trabajo”*²¹. Atrapados por el nuevo modelo y el cobro de incentivos, la capacidad crítica, imprescindible en cualquier organización en avance, se diluye entre la aceptación y la resignación, en un sistema que no regula mecanismos de comprobación ni de participación e impide el análisis de los agentes implicados. De esta forma se perpetúan sistemas de funcionamiento provocando⁴⁸ un “botulismo de gestión” que cursa, como esta enfermedad, con debilidad y parálisis.

Los incentivos económicos son una forma de complementar el sueldo ocultando la necesidad de reclamar retribuciones dignas, acordes con la labor desempeñada, las cargas de trabajo y el grado de responsabilidad que asumimos. Ver la productividad como un sustituto de un salario insuficiente puede llevar al conformismo y a la perpetuación de un sistema claramente injusto.

La población, objetivo de las intervenciones, permanece ajena a este sistema de trabajo, desconociendo bajo qué premisas será tratada y no pudiendo opinar nada al respecto. Los objetivos, si realmente son de salud, no sólo deberían ser conocidos sino consensuados con la población sobre la que se aplican.

La investigación y formación

El modelo biopsicosocial tiene muy limitada presencia en la investigación científica¹⁰, donde priman aspectos genéticos, nanomedicina, terapia con células madre, etc. La atención primaria tiene poca presencia en la investigación de alto rango, consultada en los análisis estadísticos y epidemiológicos en los que se basa la MBE.

Respecto a la formación, se ha convertido en un objetivo más, sujeta a un sistema altamente complejo de acreditación y utilización de plataformas digitales que aleja las sesiones clínicas de la realidad de los equipos, de las necesidades formativas centradas en el intercambio de conocimientos y del aprendizaje basado en la experiencia.

Los médicos de familia del futuro

La medicina de familia no es una especialidad considerada por los estudiantes de medicina, a pesar de sus treinta años de existencia y de los esfuerzos por su presencia en la universidad y la sociedad.

Esta falta de atractivo se influye de factores múltiples y complejos: bajo prestigio social, limitación de acceso a pruebas diagnósticas, sobrecarga asistencial, amplios requerimientos, falta de tiempo... Los profesionales formados bajo el modelo de gestión clínica carecen de referencias del enfoque biopsicosocial o son anecdóticas y eso supone la imposibilidad de resurgir en unas nuevas claves. La ausencia de canales de análisis y crítica da por bueno el modelo actual, y con ello, estamos hipotecando la asistencia sanitaria futura, incumpliendo nuestra función social en la formación en medicina de familia.

Otros sistemas sanitarios como el estadounidense, organizados bajo claves de superespecialización y financiación privada, ven con alarma la reducción de la elección de la medicina de familia como especialidad⁴⁶ frente a la medicina hospitalaria: los procedimientos técnicos son altamente valorados y remunerados, sin reconocerse el valor de “evitar” la realización de estos mismos procedimientos, hospitalizaciones o empeoramiento de las patologías, gracias a la medicina de familia que proporciona cuidados de alta calidad, más eficientes y bien valorados por la población⁸⁰.

Las prácticas disfuncionales que realizamos y la insatisfacción que nos producen suponen fuertes mensajes para los médicos de familia en formación.

Los médicos jóvenes se forman en un modelo de atención individual que les utiliza para “cubrir huecos”, sin objetivos docentes, sin continuidad asistencial. De ahí que muchos de ellos elijan trabajar en urgencias donde podrán realizar una atención episódica más resolutiva y con más medios y donde, a pesar de los recortes, se ofertan más contratos y con mejores condiciones que en centros de salud, expresando que el sistema tiene prioridades de distribución de recursos, aún en la escasez.

El sistema de rotaciones hospitalarias, ahora por múltiples Unidades de Gestión Clínica, incluyen

al residente de familia en la cultura hospitalaria, sus tiempos, sus objetivos y sus beneficios potenciales, fomentando la construcción de la medicina de familia como conjunto de “pequeñas especialidades” (*médico de Frankenstein*)⁴⁹.

“Algunos de los mejores cerebros deberían estar en la medicina general puesto que, de todas las ramas de la medicina, es en la que más difícil resulta hacer las cosas bien” (Lane K, 1969).

La privada le gusta a la gestión clínica

El modelo de gestión clínica introduce formas de gestión de las empresas privadas.

Hay que reflexionar sobre el impresionante auge de la sanidad privada en nuestro país, con el desarrollo de una doble cobertura, como decisión individual o a través de las empresas y con un patrón invertido de uso de la atención primaria-especializada: el usuario acude mucho menos al generalista privado que al especialista⁸¹ (evita el filtro, reduce esperas y trámites, confía más en el criterio científico del médico especialista). No obstante los usuarios del doble sistema, aunque usen más consultas externas de especializada, suelen hospitalizarse en el sistema público, mostrando paradójicamente, una mayor universalidad en la atención pública hospitalaria que extrahospitalaria.

La política sanitaria favorece el ascenso de la privada debido a: mantener niveles bajos de desarrollo en la atención primaria pública, incentivar mediante beneficios fiscales a empresas y autónomos que contraten seguros privados, permitir niveles altos de compatibilidad asistencial pública-privada entre los profesionales⁸², consentir la “parasitación” de los sistemas públicos por parte de los privados⁸³, promocionar y dar publicidad a los centros privados mediante las derivaciones y conciertos con la pública.

Las privatizaciones, más que ahorrar, son más caras para el sistema (sobrecoste entre 7 y 9 veces⁶²) a pesar de lo que siguen incrementándose en todas las comunidades autónomas, desviando presupuesto detráido de la pública, ya bastante mermada en recursos.

El problema mayor de la doble cobertura es la contradicción con los principios de igualdad y equidad: la sanidad pública “queda” para los que no pueden elegir otra alternativa, lo que supone perder la universalidad. Los estratos sociales medios-altos, con gran capacidad de influencia, son los más alejados del uso de la atención primaria pública. Cabría preguntarse qué sistema sanitario utilizan los políticos⁸².

QUÉ PODEMOS HACER

No hay respuestas simples para problemas complejos en organizaciones complejas como el sistema sanitario en general y la atención primaria en particular⁸⁴.

1. “¿Y si probamos a rebelarnos?”⁸³

Frente al “efecto Calimero”⁸⁵, los profesionales podemos tomar actitudes proactivas para el cambio. Tener valentía de oponernos a un modelo alejado de la concepción de salud y del proyecto profesional de la medicina de familia. Canalizar esa oposición implica a todos los colectivos: sociedades científicas, sindicatos, organizaciones ciudadanas, colegios profesionales, asociación de pacientes...

Empezar reflexionar puede no ser un mal comienzo. Existen antecedentes (médicos generales neozelandeses) de rechazo de los incentivos económicos por ir en contra de la ética profesional²⁴.

En una estrategia crítica, cabe preguntarse si la gestión clínica que conocemos “es” la verdadera gestión clínica. Algunos autores dibujan “otra” forma de gestión clínica que considera que los resultados en salud deben prevalecer sobre los económicos⁶⁵ dando especial relevancia a la prevención primaria y la promoción de salud. Esa gestión clínica diferente⁷² incluiría métodos como:

Transparencia: que el paciente conozca la existencia y contenido de los incentivos “y cómo responde a ellos su médico”.

Investigación: para mejorar los indicadores incluidos considerando accesibilidad, continuidad y complejidad de la atención.

Monitorización: de los efectos adversos de los indicadores.

2. Practicar (y enseñar) el modelo biopsicosocial

Mientras la OMS no cambie su definición de salud, ésta sigue siendo biopsicosocial y, por tanto, esta debe ser la visión que guíe la atención a la población y la enseñanza de la medicina. "Lo que da sentido al modelo biopsicosocial es aplicarlo en la práctica"⁸⁶.

Un enfoque actualizado del modelo biopsicosocial⁵ incluye la distinción demanda- necesidad de salud; considera la interacción biopsicosocial como elemento de análisis clínico sin necesidad de intervenir siempre en todas las áreas; guía la práctica por evidencias científicas informando de ellas a los pacientes y redefine los objetivos de salud como calidad de vida y bienestar^{87,88}.

Los profesionales estamos comprometidos en la enseñanza del modelo biopsicosocial. Sería adecuado seleccionar los lugares de rotación de nuestros residentes según el modelo de atención con el que trabajen. Las Unidades Docentes y la Comisión Nacional de la Especialidad deben comprometerse (acreditación, evaluación, asignación de centros, cursos) en la formación según el modelo biopsicosocial, "con los elementos que nos diferencian y dan especificidad y valor a nuestra especialidad"⁴⁹.

3. Desarrollar la medicina de familia en el contexto de cambio social y cultural actual

La medicina de familia es una disciplina científica que utiliza elementos de múltiples campos de conocimiento⁴² y cuyo objeto es cada persona concreta, completa y ubicada en su contexto social específico⁸⁹.

En una situación epidemiológica en la que comorbilidad y yatrogenia pueden ser las enfermedades prevalentes del futuro⁹⁰, el enfoque biopsicosocial es imprescindible y el papel de la medicina de familia es crucial¹⁸: "profesionales con amplios conocimientos de medicina capaces de integrar la información procedente de múltiples proveedores

que valoren la información clínica relevante a la luz de la biografía sanitaria relatada por el paciente".

El reconocimiento de este papel central se debe traducir en medidas concretas: leyes que regulen competencias, recursos suficientes ("diez minutos por paciente"), reconocimiento social, presencia en la universidad, presupuesto acorde a necesidades, capacidad de decisión en la organización de la asistencia.

Este desarrollo comporta aspectos fundamentales como:

-Establecer compromisos con la sociedad, recogiendo la orientación del nuevo profesionalismo médico cuyo objetivo es mejorar la actividad profesional en el contexto social actual⁹².

La ciudadanía debe participar en el establecimiento y valoración de los objetivos de mejora de la atención sanitaria, ya que es receptora de esta atención y origen de los recursos económicos con que se sustenta.

Los servicios sanitarios deben planificarse desde las necesidades de los ciudadanos y esta planificación debe contar con profesionales y pacientes y ubicarse de forma descentralizada y local, incluyendo atención primaria, especializada y servicios sociales⁶³. Se propone una medicina innovadora donde la actividad clínica se oriente a la comunidad⁹³ y se recupere la alianza salud pública-atención primaria⁹⁴.

La atención centrada en los pacientes supone una orientación hacia la mejora⁶⁵, ya que promueve un cuestionamiento constante de la práctica y un escepticismo científico frente a los dogmas.

-Una nueva relación con otros especialistas, niveles, centros.

La coordinación en un sistema sanitario que sigue el modelo biopsicosocial tiene necesariamente que ser intensa⁶⁵ (el mejor modelo de un avión no se obtiene encargando a los mejores especialistas el diseño de las piezas por separado y reuniéndolas después, sino que requiere un plan unificado, un cerebro organizador de las

tareas y la relación constante entre los que diseñan cada parte si queremos que vuele después adecuadamente).

Mejorar la relación entre niveles debe mejorar la "historia única" y diversificar métodos (teléfono, correo electrónico, telemedicina, internet).

De distintos modelos de coordinación entre niveles³⁴ ninguno ha demostrado mejoras en los niveles de salud de la población: médicos de familia gestionando presupuesto de especializada, especialistas trabajando en centros de atención primaria, participación conjunta en la planificación de la atención, especialistas consultores⁹⁵, médicos de familia con "interés especial" etc.

Podríamos "probar" a reforzar realmente la atención primaria: dar acceso a todos los medios diagnósticos y terapéuticos que requiere la atención de los pacientes, evitando a éstos "dar vueltas" en el sistema y abandonando la falta de consideración de la capacidad científica del médico de familia; poder decidir a qué consultas enviamos a nuestros pacientes según las características que éstas oferten (capacitación profesional, accesibilidad, estilos de comunicación, visión biopsicosocial y capacidad de coordinación); participación del médico de familia en sesiones clínicas donde se toman decisiones sobre los pacientes; planificar conjuntamente ingresos y altas hospitalarias.

-Fomento del trabajo en equipo.

Frente al trabajo individualizado del modelo de gestión clínica, el trabajo en equipo es actualmente necesario (pacientes pluripatológicos, población envejecida) con especial importancia de la personalización de la asistencia y la continuidad asistencial. La dimensión de las plantillas de cada centro debe ajustarse tanto al número como a la complejidad de los pacientes a los que atiende, incluyendo aspectos cualitativos como dispersión geográfica, edad y nivel socioeconómico.

El trabajo en equipo requiere crear espacios y tiempos específicos para que se produzca: agendas conjuntas, consultas simultáneas medicina-enfermería, formación continuada unificada.

Debe mejorarse la dotación de profesionales del trabajo social en los centros de salud, actualmente ausentes o atendiendo a varios centros, cuando su aportación en el modelo biopsicosocial es crucial.

-Desburocratizar las consultas.

La implantación de la historia clínica informatizada única debe servir para la desburocratización. Cualquier consulta (primaria, hospitalaria, urgencias, inspección médica, etc.) debe realizar los trámites administrativos que genere: citas de revisión, prescripciones, solicitud de pruebas complementarias y su valoración, emisión de informes y certificados, etc.

El médico de familia no es el administrativo del resto de las consultas ni el centro de salud el gestor de todos los procedimientos administrativos del paciente en el sistema.

Es necesario reforzar el trabajo de las unidades de atención al usuario de los centros de salud.

-Estrategias de motivación.

La motivación intrínseca aumenta si existe coincidencia entre el proyecto profesional y el personal y eso incluye el efecto de múltiples aspectos: salario digno, tiempo de consulta suficiente, política de personal adecuada, acceso a pruebas e intervenciones, reconocimiento del valor de la especialidad, incentivar la formación y reciclaje, etc.

Siguiendo a la OMS, la medicina de familia debe seguir apostando por el modelo biopsicosocial. El modelo de gestión clínica tiene pendiente la tarea de demostrar beneficio para la salud de la población. Tiene importantes problemas de fondo porque se acerca más a la gestión empresarial que a las necesidades de salud y la atención sanitaria se basa en un derecho y no en un producto. No ha mostrado tampoco ser más rentable: necesita para mantenerse un complejo entramado burocrático también costoso y sus consecuencias pueden ser más caras que los ahorros que se le atribuyen.

Y se habrá dejado muchas cosas en el camino.

BIBLIOGRAFÍA

1. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-136.
2. Ortún V. Los incentivos para la mejora de la calidad en los servicios de salud. *Rev Calidad asistencial*. 2007;2:1-6.
3. Turabián JL, Pérez B. El médico de tres cabezas. *Aten Primaria*. 2006; 38(10):570-3.
4. Pérez Franco B, Turabián JL. Marco competencial de los médicos de familia: ¿clínicos o personas? *Aten Primaria*. 2007; 39:41-3.
5. Borrell F. El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)*. 2002; 119(5):175-9.
6. Turabián JL, Pérez B. Buscando el paraíso. La historia de una isla fantasma: la medicina de familia en España. 2009; 41(3):159-61.
7. De la Revilla L, De los Ríos A, Luna JD. Factores que intervienen en la producción de los problemas psicosociales. *Aten Primaria*. 2007; 39(6):305-11.
8. Turabián JL, Pérez B. El modelo biopsicosocial y el "mercado de los limones". *Aten Primaria*. 2007; 39(6):329-30.
9. Melguizo M, Ortiz J, García P. Una mirada hacia delante para superar la división de la medicina de familia. *Samyc información*. 2008. p. 8-9.
10. Tizón JL. A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. *Aten Primaria*. 2007; 39(2):93-7.
11. Loayssa JR. Orientación psicosocial y atención familiar en medicina de familia: malos tiempos para la lírica. *Aten Primaria*. 2005; 36:385-7.
12. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994; 344: 1129-33.
13. Starfield B. Primary care and health. A cross national comparison. *JAMA*. 1991; 266:2268-71.
14. Egström S, Foldevi M, Borgquist L. Is general practice effective? A systematic literature review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2001;19:131-44.
15. Keitz SA, Stechuchak KM, Grambow SC, Koropchak CM, Tulsy JA. Behind closed doors: management of patients expectations in primary care practice. *Arch Intern Med*. 2007; 167:445-52.
16. Daban F, Pasarín MI, Rodríguez-Sanz M, García-Altés A, Villalbí JR, Cano-Serral G, Borrell C. Evaluación de la reforma de la atención primaria de salud: prácticas preventivas y desigualdades. *Aten Primaria*. 2007; 39(7):339-47.
17. Starfield B. *Primary Care: balancing health needs, services and technology*. New York: NY Oxford University Press; 1998.
18. Minué S, De Manuel E, Solas O. Situación actual y futuro de la atención primaria. Cap 19. SESPAS. Informe 2002.
19. Gervás J, Starfield B, Minué S, Violan C y Seminario de Innovación en Atención primaria 2007. Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/de familia. *Contra el descrédito del héroe. Aten Primaria*. 2007; 39(11):615-8.
20. De los Ríos A. Los procesos psicosociales, características clínicas, individuales y familiares que se relacionan con su génesis. Tesis Doctoral, facultad de medicina. Universidad de Granada. 1997.
21. Aranda JM. Medicina familiar y comunitaria y salud pública: ¿una oportunidad perdida? *Rev Esp Salud Pública*. 2007; 81:1-6.
22. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *J Health Serv res Policy*. 2001; 6:44-55.
23. Gené J. Basta de "clicar" casillas. *Aten Primaria*. 2007; 39(4):169-70.
24. Gervás 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. REAP. Informe para la oficina de planificación sanitaria y calidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
25. Turabián JL, Pérez B. La historia clínica electrónica: ¿comer sopa con tenedor? *Cuadernos de Gestión*. 2004; 10:175-88.
26. Gené-Badía J, Ascaso C, Escaramis-Babiano G, Sampietro-Colom J, Catalán-Ramos A, Sans-Corrales M, et al. Personal care, access, quality and team coordination, are the mains dimensions of family medicine output. *Family Practice*. 2007; 24 (1): 41-47.
27. Werner RM, Asch DA. Clinical concerns about clinical performance measurements. *Ann Fam Med*. 2007; 5:159-63.
28. Villalbí JR. Evaluación de la Atención primaria. *Aten Primaria*. 2009; 41(12):659-660.
29. Salazar C. La práctica actual de la medicina. *Acta Méd. Costarric*. 2005; 47(4):196.
30. Zinder L, Neubauer RL for the American College of Physicians Ethics, professionalism and Human Rights Committee. Pay-for-performance principles that promote patient-centered care: an ethics manifesto. *Ann Intern Med*. 2007; 147:792-4.
31. Ortega del Moral A, Melguizo M. Obsesionados por la demora. *AMF*. 2007; 3(3):121-3.
32. Sen A. Health perception versus observation. *BMJ*. 2002; 324:860-1.
33. Prado Priero L, García Olmos L, Rodríguez Salvanés F, Otero Puime A. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005; 35:146-51.

34. García Olmos L, Gervás J. Reformas organizativas en la relación entre médicos generales y especialistas: impacto sobre la demanda derivada. *Aten primaria*. 2010; 42(1):52-56.
35. Forrest CB. Primary care gatekeeping and referrals: Effective filter or failed experiment? *BMJ*. 2003; 326:692-5.
36. Rojas IM. Evaluación de las derivaciones desde atención primaria a atención especializada. ¿Hacemos un uso excesivo de ellas? *Med fam Andal*. 2015; 16(2):136-43.
37. Rodríguez FJ, Chacón J, Esteban M, Vallés N, López de Castro F, Sánchez A. Motivos de interconsulta entre atención primaria y el segundo nivel. *Aten Primaria*. 2005; 36:137-43.
38. Gervás J, Starfield B, Violán C, Minué S. GPs with special interests: unanswered questions. *Br J Gen Pract*. 2007; 57:912-7.
39. De Pablo L, García L, Rodríguez F, Otero A. Evaluación de la demanda derivada a de atención primaria. *Aten Primaria*. 2005; 35:146-51.
40. Gervás J, García Olmos LM, Simó J, Peiró S y Seminario de Innovación 2007. Paradojas de la derivación de primaria a especializada. *Aten Primaria*. 2008; 40(5):253-5.
41. Stein HF. Family medicine's identity: being a generalist in a specialist culture? *Ann Fam Med*. 2006; 4:455-9.
42. Melguizo M. La medicina de familia en positivo. Más imaginación y menos memoria. *Aten Primaria*. 2009; 41(11):587-9.
43. Borrell F. Competencia emocional del médico. *FMC*. 2007; 14(3):133-41.
44. Pincock S. Patients put their relationship with their doctors as second only to that with their families. *BMJ*. 2003; 327:581.
45. Puglisi JA. Europa suspende al médico español de atención primaria. *Redacción Médica*. Domingo, 29 de noviembre de 2015.
46. Reuben DB. Saving Primary Care. *The American Journal of Medicine*. 2007; 120(1):99-102.
47. Gervás J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA y Seminario de Innovación en Atención primaria 2007. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública*. 2007; 81:589-96.
48. Tamborero G, Campillo C. La ética de los incentivos. *Aten Primaria*. 2008; 40(4):165-6.
49. Turabian JL, Pérez B. ¿Pueden los peces vivir fuera del agua? Implicaciones para la docencia de la concepción biopsicosocial en Medicina de Familia. *Aten Primaria*. 2009; 41(11):629-32.
50. García-Rodríguez A, Gutiérrez-Bedmar M, Bellón-Saameño JA, Muñoz-Bravo C, Fernández-Crehuet J. Entorno psicosocial y estrés en trabajadores sanitarios de la sanidad pública: diferencias entre atención primaria y hospitalaria. *Aten Primaria*. 2015; 47(6): 359-66.
51. Royal College of General Practitioners. The future direction of general practice. A roadmap. Londres: RCGP; 2007.
52. Jones R. Dismantling general practice. *Br J Gen Pract*. 2007; 57:860-1.
53. Minué Lorenzo S, de Manuel Keenoy E, Solas Gaspar O. Situación actual y futuro de la atención primaria. En: Informe Sespas 2002, Invertir en salud, prioridades en salud pública. Cavases JM, Villalbí JR y Aibar C (ed). Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES); 2002. p. 395-437.
54. Fugelli P. The Zero-vision: potencial side effects of communicating health perfection and zero risk. *Patient Educ Counselling*. 2006; 60:267-71.
55. Davis P. Health care as a risk factor. *CMAJ*. 2004; 170:1688-9.
56. Gervás J. Salud y política: una relación sin inocencia. *Aten Primaria*. 2008; 40(6):277-84.
57. Gervás J, Segura A y Seminario Innovación en Atención Primaria. Cooperación entre salud pública y atención clínica en un contexto de cambio de la utilización del sistema sanitario. *Aten Primaria*. 2007; 39(6):319-22.
58. Simó J. El gasto sanitario en España, 1995-2002. La atención primaria, cenicienta del Sistema Nacional de Salud. *Aten Primaria*. 2007; 39:127-32.
59. Simó J, Gervás J, Seguí M, de pablo R, Domínguez J. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, Cenicienta europea. *Aten Primaria*. 2004; 34:472-81.
60. Simó J. El gasto sanitario en España 2002-2008: ¿empieza el rescate presupuestario de la atención primaria? *Aten primaria* 2012; 44:20-9.
61. Padilla J. Las reformas de la atención primaria en el mundo y los retos pendientes. Marzo 2014. Disponible en : www.diagonalperiodico.net/blogs/javierpadilla/reformas-la-atencion-primaria-mundo-y-retos-pendientes.html
62. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Los servicios sanitarios de las Comunidades autónomas. Informe 2014 (XI Informe). Sept 2014.
63. Gené J, Contel JC, Jodar G. Yes, we can. *Aten Primaria*. 2009; 41(4):181-3.
64. Starfield B. Research in general practices: co-morbidity, referrals and the roles of general practitioners and specialists. *SEMERGEN*. 2003; 28 Suppl1:7-16.
65. Ortún V. De la evaluación a la gestión: acortar la brecha entre eficacia y efectividad. *Ekonomia*. 2006; 60:58-75.
66. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and impli-

- cations for health care, research and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012; 380:37-43.
67. Pou-Bordoy J, Gené-Badía J, de la Cámara-González C, Berraondo-Zabalegui I, Puig-Barberá J. Gerencia única: una ilusión sin evidencia. *Aten Primaria*. 2006; 37:231-4.
 68. Vargas I, Vázquez ML. Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones integradas en Cataluña. *Gac Sanit*. 2007;21:114-23.
 69. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care system to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. *HSR*. 2003; 38:831-65.
 70. Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect population health gains? *J Health Serv Res Policy*. 2006; 11:27-31.
 71. Peterson LA, Woodard LD, Urech T, Aw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Ann Intern Med*. 2006; 145:265-72.
 72. Snyder L, Neubauer RL for the American College of Physicians Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. Pay-for-performance principles the promote patient-centered care: an ethics manifesto. *Ann Intern Med*. 2007; 147:792-4.
 73. Werner RM, Asch DA. Clinici concerns about clinical performance measurements. *Ann Fam Med*, 2007; 5:159-63.
 74. Gené J, Gallo P. Retribución variable vinculada a la calidad asistencial. *Aten Primaria*. 2004; 34:198-201.
 75. Mollet C, Gray J, Saxena S, Netuveli G, Majeed A. Impact of a pay-for-performance incentive on support for smoking cessation and on smoking prevalence among people with diabetes. *CMAJ*. 2007; 176:1705-10.
 76. Gervás J, Pérez M. Pago por desempeño. *AMF*. 2008; 4(6):344-52.
 77. Willems DL. Balancing rationalities: gatekeeping in health care. *Journal of Medical Ethics*. 2001; 27:25-9.
 78. Gené-Badía J, Escaramis-Babiano G, Sans-Corrales M, Sampietro-Colom J, Aguado-Menguy F, Cabezas Peña C, et al. Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care. *Health Policy*. 2007; 80:2-10.
 79. Whalley D, Gravelle H, Silbad B. Effect of new contract on GPs working lives and perceptions of quality of care: a longitudinal survey. *Br J Gen Pract*. 2008; 58:8-14.
 80. Bodenheimer T, Fernández A. High and rising health care costs. Part 4: can cost be controlled while preserving quality? *Ann Intern Med*. 2005; 143:26-31.
 81. Fusté J, Sécúli E, Brugulat P, Medina A, Juncá S. Población con doble cobertura o cobertura pública de aseguramiento sanitario. ¿Cuál es la diferencia? *Gac Sanit*. 2005; 19:15-21.
 82. Simó J. El "techo de cristal" de la atención primaria española. *Aten Primaria*. 2009; 41(10):572-577.
 83. Tizón JL. El modelo biopsicosocial: la práctica de la teoría es imposible sin una política para la práctica. *Aten Primaria*. 2007; 39(8):451-3.
 84. Love T, Burton C. General practice as a complex system: a novel analysis of consultation data. *Fam Pract*. 2005; 22:347-52.
 85. Bravo R. El efecto Calimero. *AMF*. 2007;3(5):300-301.
 86. León-Sanromá M. El modelo biopsicosocial, de la teoría a la práctica. *Aten Primaria*. 2007; 39(8):451.
 87. Fernández FJ, Ouaridi A. Técnicas para la puesta en práctica de una medicina biopsicosocial. Costo-eficiencia y efectividad clínica. *Med fam Andal*. 2007; 7(2):117-23.
 88. Fortín M, Lapointe L, Hudon C, Bañase A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2004; 2:51.
 89. Stein H. Family Medicine's Identity: Being Generalist in a Specialist Culture. *Annals of Internal Medicine*. 2006; 4(5):455-9.
 90. Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract*. 2001; 51:303-9.
 91. Oriol A, Pardell H, Gual A. Ser médico hoy. Retos del nuevo profesionalismo médico en España. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2006.
 92. Gracia D. Ética profesional y ética institucional: ¿convergencia o conflicto? *Rev Esp Salud Pública*. 2006; 80:457-67.
 93. Baker NJ, Harper PG, Reif CJ. Use of clinical indicators to evaluate COPC projects. *J Am Board Fam Pract*. 2002; 15:355-60.
 94. Griffiths S, Haslam D. Putting public health practice into primary care practice: practical implications of implementing the changes in shifting the balance of power in England. *J Public Health Med*. 2002; 24:243-5.
 95. Garrido S, Molino AM, López C, Arrojo E, Martín M, Moreno MA. Coordinación asistencial entre atención primaria y especializada. Satisfacción con el proyecto especialista consultor. *Rev Calidad asistencial*. 2009; 24(6):63-271.