

A close-up photograph of a hand holding a chess piece, likely a knight, against a blurred background of other chess pieces on a board. The entire image has a blue color cast.

La fortaleza de la  
Atención Primaria:  
valores y  
retos organizativos



[www.fadsp.org](http://www.fadsp.org)



# ADSP

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

## Solicitud de admisión

NOMBRE Y APELLIDOS.....  
DOMICILIO.....  
LOCALIDAD..... CP..... TELÉFONO.....  
PROFESIÓN/CATEGORÍA..... DNI.....  
CENTRO DE TRABAJO..... TELÉFONO.....  
CORREO ELECTRÓNICO.....  
  
BANCO/CAJA..... OFICINA.....  
CUENTA.....  
DOMICILIO..... LOCALIDAD..... CP.....

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

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

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

# La fortaleza de la Atención Primaria: valores y retos organizativos

Documento de estrategia

Federación de Asociaciones para la  
Defensa de la Sanidad Pública

Cáceres, noviembre de 2007



Depósito legal: M-53393-2007

Para citar este documento: FADSP. La fortaleza de la Atención Primaria: valores y retos organizativos. Madrid 2007.

# 1. Introducción

El paso del tiempo también ha pasado factura a la Atención Primaria española (AP). El ritmo frenético de los cambios sociales se adelanta a la perezosa adaptación de las estructuras. Esto es más cierto aun para las estructuras de atención sanitaria y social, por cuanto las formas de vida, los hábitos sociales, la exposición a riesgos ambientales y laborales mutan con más rapidez que se adaptan las organizaciones asistenciales.

Asistimos a la proliferación de asentamientos urbanos nuevos carentes de dotaciones sanitarias, asistenciales y/o sociales, y de medidas de salubridad (comunicaciones, agua potable, servicios municipalizados de recogida de basuras, etc.); los barrios periféricos de las grandes ciudades, incluso los núcleos históricos de otras, se deterioran por la carencia crónica de equipamientos, como escuelas y centros de salud; la población inmigrante se ve obligada a subsistir en condiciones de habitabilidad insanas y frecuentemente clandestinas; el fenómeno de la precariedad laboral, que afecta con especial crudeza a jóvenes, mujeres e inmigrantes, trae consigo salarios bajos, inestabilidad en el empleo, cambios frecuentes de ocupación, traslados geográficos constantes, desarraigo familiar, vulnerabilidad ante las agresiones del medio y fragilidad psíquica y física.

Aunque en los países desarrollados han mejorado la salud, la calidad y la esperanza de vida, debido a los avances científicos y tecnológicos, a las mejoras económicas y sociales, a la facilidad de las comunicaciones, a la generalización del ocio, a la disminución de las horas de trabajo, a la incorporación social de las mujeres por su acceso al mercado de trabajo y su mayor participación pública, y al final de la discriminación formal hacia minorías étnicas, sin embargo, el neoliberalismo no ha conseguido—como pregona su propaganda—mejorar las condiciones de vida de un buen número de personas a pesar del crecimiento económico de los últimos años.

Según el informe del INE “España en cifras 2007”, el 19,8% de la población española vive por debajo del umbral de la pobreza relativa. La brecha entre los más ricos y las clases trabajadoras se ha profundizado en los últimos años: según el Informe de la OCDE de junio de este año, el salario medio real de los españoles es el único que había disminuido un 4% entre los años 1995 y 2005, mientras que los beneficios empresariales habían crecido el 73% entre 1999 y 2006.

La redistribución que supone la inversión en protección social tampoco ha crecido en España al ritmo que lo ha hecho la riqueza, de tal forma que si ésta supone el 91% de la UE de los 15 en el año 2007, el gasto social sólo alcanza el 62%, inferior al 64,6 del año 1992. Según Eurostat, la media de los 15 países más ricos de la UE gasta el 28 % en protección social y España el 20%.

Los cambios en la dinámica de las poblaciones implican patrones distintos de morbilidad, así como el envejecimiento de la población, la prolongación de la vida, el incremento de la comorbilidad, la incorporación de la mujer al trabajo fuera del domicilio, el proceso de urbanización y el consiguiente desarraigo de los vínculos familiares tradicionales y las desigualdades injustas. Por eso la población en la segunda mitad de este siglo será más vieja, con familias menos estructuradas y monoparentales, donde abundarán los hijos únicos, que casi no tendrán tampoco ni tíos ni primos, y serán frecuentes los fenómenos de inadaptación. La sensación de pesimismo, ante un futuro objetivamente más duro para una buena parte de la ciudadanía, aumenta entre los ciudadanos.

El consumo excesivo es otra de las características de nuestra sociedad desarrollada. Los ciudadanos están sometidos a un bombardeo continuo de ofertas de productos a través de todos los medios, oferta implícita en los discursos políticos al uso, inductores del consumismo en general y del asistencialismo en particular, con lo cual se crea un sentimiento de insatisfacción, de ansiedad com-

parativa y de ansiedad inducida por la anticipación. Se generan expectativas excesivas en todos los órdenes de la vida, también en la salud, donde buscamos la salud perfecta y la seguridad en todo, donde rechazamos la incertidumbre, el dolor, el sufrimiento y la muerte.

A los profesionales sanitarios y a los servicios de salud se les pide una respuesta ante estos nuevos problemas. La sociedad, pese a disfrutar de buenos indicadores asistenciales, todavía le pide más a sus servicios sanitarios. Los profesionales de la salud nos enfrentamos a la paradoja de comprobar que, aun habiendo alcanzado un nivel de salud inimaginable hace tan sólo unos años, hoy nos encontramos ante problemas cuya gravedad no habíamos previsto. Los científicos y técnicos, cual aprendices de brujo, proponen recursos para los que no se dispone de suficiente madurez en su manejo, ni se han resuelto los problemas éticos que plantean (energía atómica, genética, tecnologías de la comunicación). Por su parte, los hospitales, los centros de salud, las farmacias, deben adaptarse rápidamente a estas nuevas necesidades apremiantes.

¿En qué medida la AP es capaz de responder a las nuevas demandas asistenciales de una sociedad cada vez más paradójica y diversa? ¿La AP actual está preparada para enfrentarse a los retos demográficos previsibles? ¿En qué medida la AP española puede seguir contribuyendo a la equidad horizontal de nuestra sociedad? ¿Qué alianzas necesita la AP para seguir cumpliendo su papel de puerta de entrada en el sistema sanitario? Estas y otras preguntas son el objeto del documento de estrategia que presentamos, para un debate social amplio, desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP).

## **2. La contribución a la salud de la Atención Primaria**

La AP española ha contribuido de manera esencial a

conseguir los buenos indicadores de salud de que disfrutamos. Según el índice que mide el grado de desarrollo de la AP, obtenido al comparar 10 indicadores en 18 países de la OCDE seguidos durante 28 años, los sistemas de salud más orientados a la AP tienen tasas de mortalidad más bajas, la mortalidad prematura por todas las causas es menor y, lo que es más interesante, es más baja la mortalidad prematura prevenible o tratable por causas específicas, como asma, bronquitis, enfisema, neumonía y enfermedades cardiovasculares y coronarias. Los países estudiados se ordenaron, de mayor a menor, según su grado de orientación hacia la AP: Reino Unido, Dinamarca, España, Holanda, Italia, Finlandia, Noruega, Australia, Canadá y Suecia. Los autores de este informe concluyeron que una mejor salud de la población se relaciona con un buen sistema de AP y con sus características de longitudinalidad, coordinación entre niveles, orientación familiar-comunitaria y facilidad en el acceso geográfico.

A estos datos tan estimulantes hay que añadir, en el caso de España, los elevados niveles de satisfacción de los ciudadanos, que suelen superar el 70% de personas satisfechas con la atención recibida en las distintas encuestas que se realizan al efecto, y el bajo coste de los servicios de AP y del sistema sanitario en general. Según los informes de la OCDE, el gasto público ambulatorio per cápita en España es un 57% de la media europea, mucho menos de lo que nos correspondería por nuestro nivel de renta.

Una contribución esencial de la AP, gracias al impulso que vivió en la década de 1980, ha sido la mejora de los niveles de equidad horizontal. Gracias a la universalización de la asistencia, a la diseminación de los centros de salud y a su gratuidad en el momento de uso, las personas con menores niveles de renta y de información pudieron compensar el infraconsumo de otros servicios con la accesibilidad de la AP.

### **3. ¿Cuáles son los valores en que se basa la eficacia de la AP?**

Recordar los valores propios de la AP no es un anacronismo. En el reciente informe del Royal Collage of General Practitioner titulado “The future direction of general practice. A roadmap” ([www.rcgp.org.uk/pdf/roadmap](http://www.rcgp.org.uk/pdf/roadmap)) se insiste en algunos de ellos. Los elementos que definen la AP son la accesibilidad, la longitudinalidad, su papel de puerta de entrada en el sistema sanitario, la continuidad y la integralidad en el proceso asistencial, el hábil manejo de la incertidumbre, la polivalencia de sus profesionales y la capacidad anticipatoria.

La accesibilidad no debería estar limitada por razones de sexo, ni edad, ni por razones técnicas y burocráticas, ni geográficas, horarias ni económicas; ni por la masificación, la lejanía del edificio ni por la falta de apoyo sociosanitario. La continuidad se basa en la existencia de registros, y la longitudinalidad se basa, sobre todo, en la estabilidad de la relación médico-paciente. La visión global del paciente y la coordinación entre niveles explican una atención integral y el papel de puerta de entrada en el sistema sanitario.

En cuanto a la anticipación y al manejo de la incertidumbre, desde un punto de vista evolutivo, la estrategia más eficaz de la evolución consiste en reducir la incertidumbre por el sencillo método de anticiparla, porque la incertidumbre previsible es menos incierta.

A pesar de que en AP se trabaja con pocos medios técnicos y, en muchas ocasiones, con información escasa de la enfermedad, se toman muchas decisiones trascendentales en poco tiempo y, como se sabe desde los años 60, se alcanza un poder resolutivo superior al 90% de las visitas atendidas. La grandeza de la AP se basa en estos principios. Para el dominio experto de algunas técnicas, más instrumentales que humanas, y para el estudio con

tiempo y medios de una parte del paciente, en un momento de su vida, con poco nivel de incertidumbre, para eso están los otros especialistas.

¿De qué manera influyen en la longitudinalidad de la atención, en la integralidad o en el papel de puerta de entrada aspectos como la forma de pago, la utilización de incentivos, las formas de organización que se conocen, los nuevos sistemas de información o la indefinición del papel de los profesionales?

### **3.1. Problemas actuales de la Atención Primaria**

Sin pretender ser exhaustivos en la enumeración de los problemas acuciantes que achacan a la AP española, sí podemos señalar algunas de las deficiencias que surgen en los debates profesionales, por ejemplo:

- Presupuesto decreciente y ausencia de utilización transparente y adecuada del mismo. La participación de AP en el gasto sanitario público se ha reducido el doble que la participación hospitalaria durante el periodo 1995-2002.
- Falta de cultura sobre los contenidos y la importancia de la AP entre los profesionales y la ciudadanía en general, desprestigio y falta de reconocimiento social. La AP sigue sin jugar un papel protagonista en la dimensión social de la sanidad española. Pese a que los médicos de AP obtienen los niveles más elevados de confianza como profesión por parte de los ciudadanos, la AP está ausente en la opinión pública, como pone de manifiesto la revisión de la información sobre salud en los periódicos, que está monopolizada por noticias relativas a especialidades hospitalarias, nuevas tecnologías y avances científicos.
- Ausencia de debate teórico e ideológico sobre las esencias, contenido, fines e iniciativas en el seno de la propia organización.

- Masificación y deficiencias organizativas y asistenciales crecientes. El número de pacientes atendidos diariamente ha aumentado progresivamente, convirtiéndose en el principal motivo de queja y de reivindicación de la AP en los últimos años.
- Abandono de la orientación hacia la educación para la salud y la prevención.
- Ausencia de vida democrática y participativa en los EAP y en sus relaciones con las jefaturas, el conjunto de la organización y los ciudadanos. Desmotivación creciente de los profesionales.
- Gerencialismo no profesional, partidista y orientado al economicismo y ajeno a los valores fundacionales de la AP.
- Ausencia de políticas y objetivos en salud.
- Privatización progresiva: nuevas formas de gestión, externalización de actividades y servicios (historia clínica, teleoperadoras, seguridad, etc.).
- Falta de coordinación y recursos en el área sociosanitaria.
- Pérdida de atribuciones: incapacidad temporal, etc.
- Falta de recursos formativos propios y de accesibilidad a los mismos; carencia de tiempo para formación y para adquisición de nuevas competencias. Sigue sin estar representada la medicina de familia y la AP en la formación universitaria.
- Pérdida de prestigio de la medicina de familia; una manifestación de ello es que se quedan vacantes sin cubrir en la convocatoria MIR.
- Fenómenos migratorios paradójicos: emigración de enfermeros y médicos españoles a países del entorno y contratación de médicos de otros países por algunas CCAA. En los próximos años puede haber déficit de médicos de familia.

### **3.2. Modelos organizativos**

El modelo estructural de centro de salud que tenemos en España no parece haber encontrado otra alternativa que mejore sus resultados. Las experiencias conocidas hasta ahora tampoco son concluyentes, tanto por escasas como por aplicarse sobre criterios funcionales parciales o sobre medios geográficos y poblacionales particulares. Unos y otros modelos tienen ventajas e inconvenientes y las evaluaciones de la fundación Avedis Donabedian, del Sindic de Greuges y de la literatura científica así lo atestiguan.

Sin embargo, frente al uniformismo burocrático, sería deseable favorecer experiencias selectivas destinadas a superar los baches de ineficiencia que tiene el sistema, sin poner en peligro su universalidad y accesibilidad. No es de recibo que sigan defendiéndose formas de organización diferentes solamente en función de ideas preconcebidas, y que la consideración de la bondad de una u otra forma de organización se base exclusivamente en criterios mercantiles o en comparaciones nada científicas basadas en el proceso asistencial, cuando se puede disponer de un buen número de indicadores de resultado sanitario y de calidad asistencial (hospitalización evitable y cuidados sensibles a la atención ambulatoria, por ejemplo).

### **3.3. La influencia de los sistemas de pago**

El sistema de pago menos incentivador en términos económicos es el pago por salario, ya que es el que conlleva menor identificación con las personas atendidas (no favorece la continuidad ni la longitudinalidad de la atención, y tampoco facilita el acceso) y con el sistema sanitario, en términos de coordinación entre niveles asistenciales, de derivaciones y de gasto sanitario global. Al médico pagado por acto le interesa realizar muchas consultas, a los mismos pacientes o a pacientes distintos. En este sentido, los médicos pagados por acto proporcionan

más servicios que los remunerados capitativamente o por salario, pero favorecen la accesibilidad, la continuidad y la longitudinalidad de la atención en menor medida que los médicos pagados por capitación, ya que, para éstos, el mantenimiento y el crecimiento del cupo asignado es la base de sus ingresos. No se han encontrado evidencias del impacto de las formas de pago en el estado de salud de los pacientes. Ninguno de los sistemas de pago es perfecto, de modo que los sistemas mixtos ofrecen ventajas para sortear mejor las imperfecciones de los modelos retributivos y del propio mercado.

Dado que no hay un sistema de pago perfecto, lo más recomendable parece atribuir al salario la mayor parte del salario del médico (en torno al 60%) y el resto completarlo con los componentes capitativos que se consideren (entre el 25-30%) y con complementos a la realización de actuaciones clínicas, con especial reconocimiento a la polivalencia (entre el 10-15%).

### **3.4. Incentivos**

Respecto a otro tipo de incentivos, la carrera profesional individual, que ya es un derecho laboral, deberá perfeccionar su diseño, tanto en criterios a medir como en homogeneidad y compatibilidad entre servicios de salud y en criterios de recompensa. No debe ser solamente un complemento económico, sino servir para reconocer la cualificación y la experiencia y para traducir éstas en situaciones laborales diferenciadas según niveles. El resto de medidas incentivadoras deberían intentar comprometer a equipos humanos y librarse por periodos inferiores a un año (preferentemente mensuales o trimestrales). Los incentivos a la reducción de la IT y de la factura farmacéutica deberían desaparecer como tales a favor de estándares de calidad. Para medir la calidad de la cartera de servicios, deberían proponerse indicadores realistas, que no induzcan el asistencialismo, obtenibles de manera objetiva, mediante sistemas de información

rutinarios, y lo más cerca posible de una buena identificación de resultados en salud. En todo caso, los incentivos no deberían premiar actividades que son inherentes a la práctica habitual y que son señas de identidad profesional de la AP. El disfrute de los incentivos externos no debe comprometer la motivación intrínseca del profesional.

### **3.5. La influencia de los sistemas de información sanitaria**

El recurso a los sistemas de información sanitaria (SIS) es inapelable. La informatización nos conduce a todos en el mismo sentido: a utilizarla cada vez más frecuentemente en nuestra vida profesional y personal. El desarrollo y aplicación de estos sistemas, sobre todo de los más cercanos a los profesionales, como son la historia clínica o la receta electrónica, deberían ser debatidos y consensuados. El necesario debate social y legal permitirá que la implantación de los SIS no se viva como una imposición administrativa.

La continuidad asistencial y el papel integrador de la AP pueden verse amenazados por la falta de homogeneidad de los datos y de compatibilidad de los sistemas, tanto entre las distintas Administraciones (CCAA) como entre o intra niveles (AP y hospital).

La rigidez de la herramienta puede limitar su adaptación a cada nivel asistencial y a cada usuario, así como la adopción de nuevas utilidades o la corrección de errores. La posibilidad de romper la confidencialidad de los datos o la vulnerabilidad de los equipos, que pueden ralentizar o paralizar el trabajo asistencial, son otros de los problemas detectados.

La centralización indiscriminada de datos y la falta de anonimización tienen riesgos. La historia clínica digital debería estar radicada físicamente en el lugar más cercano al paciente (en su centro de salud) y conveniente-

mente encriptada, pudiéndose utilizar en otros puntos del SNS previo consentimiento del paciente.

Los avances en los SIS deberían ir en el sentido de facilitar la relación profesional-paciente, proveer de información útil para la atención individual en cualquier parte del territorio nacional, preservando la confidencialidad. Deben propiciarse al máximo el uso de tecnologías de interfaz con el sistema lo menos intrusivas y más naturales posibles, como el reconocimiento del texto y la voz, las pantallas táctiles portátiles, etc. El control de la información médica debería pasar al paciente, mediante el uso de tarjetas personales inteligentes, evitando las megabases en las que la identidad de los pacientes está asociada a sus datos clínicos. Evidentemente, haría falta un esfuerzo de homologación, no sólo entre CCAA sino, en un futuro próximo, entre los estados de la UE. En este sentido, el diseño de pantallas de ordenador horizontales, que reconozcan escritura y de manejo táctil; la creación de tarjetas de almacenamiento de información inteligentes, donde grabar las dispensaciones y la información sobre la salud que el paciente quiera mostrar, con repositorios posdispensación y con lectores compatibles entre CCAA, o la captura del historial clínico sólo de la información relevante, son algunas medidas que pueden hacer compatibles las necesidades informativas del sistema sanitario y los requerimientos de pacientes y profesionales para mantener una atención ágil, segura y confidencial.

## **4. El papel de los profesionales**

Hablar del papel de los profesionales en AP es, en parte, ir a la esencia del debate. Principalmente por dos razones: por una parte, porque en los centros de salud hay una gran variedad de profesiones, con formación muy diversa, no sólo disciplinar (desde personas con formación básica y limitada hasta profesionales altamente cualificados), y que proceden de estratos socioeconómicos

muy diferentes, de tal manera que constituyen un grupo muy poco uniforme. Por otro lado, tienen expectativas laborales, profesionales y personales muy distintas, y podría afirmarse que poco o nada tienen en común, pero por paradójico que parezca tienen la obligación de trabajar juntos, o al menos de trabajar bajo el mismo techo cada día.

Una cosa es la estructura aparente, lo que representa el centro de salud, el equipo de AP (EAP) y otra la estructura latente, aquello que es menos explícito: ¿qué espera cada uno?, ¿qué responsabilidades estamos dispuestos a aceptar?, ¿qué tipo de valores caracterizan a unos y a otros?, ¿qué alianzas son más convenientes y qué conflictos de intereses conviven? En este escenario la posibilidad de confrontación es real, porque los equipos de Atención Primaria no nacen, se hacen; sin embargo, probablemente no se han invertido recursos suficientes en favorecer el éxito de los EAP. No se ha realizado el esfuerzo necesario para facilitar el “empoderamiento” profesional y de los EAP en su conjunto.

El esfuerzo personal mantenido de muchos profesionales entusiastas de la reforma de la AP desde la década de 1980 ha conducido al agotamiento emocional a muchos de ellos. Otros profesionales, como es el caso de enfermería, que han realizado un gran esfuerzo de formación y adaptación a la AP, sufren en este país, con enorme diferencia con los de nuestro entorno, una reducción importante en el número de profesionales, que cada vez se aleja más del ratio tradicional en AP de 1/1 (médico/enfermero), con la consiguiente sobrecarga de trabajo y una mayor distancia de aquellas tareas de su responsabilidad en este medio: cuidados integrales, educación para la salud, trabajo comunitario. Para muchas de sus competencias, los profesionales de AP necesitan superar posiciones ideológicas para pasar a la fundamentación científica y para reclamar de la Administración apoyo normativo para consolidar los logros alcan-

zados.

Si el éxito en los equipos y en las organizaciones está basado en la introducción de cambios y en la amplitud de los mismos, deberían haberse planteado modificaciones de calado, dado el acuerdo sobre sus disfunciones: la estructura del EAP, el tamaño, los cupos o la selección del personal. A los equipos de AP deberían ofrecerse remedios a sus dolencias y no sólo resignación, como si estuviéramos ante un desahucio.

Los cambios deberían haber empezado por la formación (pregrado y continuada) que reciben los distintos profesionales que trabajan en los centros de salud, para que sea ajustada al futuro desempeño profesional al que se enfrentará cada categoría. Probablemente el esfuerzo formativo no es igualmente intenso para las distintas categorías profesionales.

La actual estructura organizativa, por su rigidez, no facilita el pleno desempeño de las habilidades y de las competencias de todos los profesionales por igual. No hay posibilidades de captar pacientes, de realizar una oferta diferenciada de servicios o de mantener la continuidad de los cuidados.

Si bien se constata cierta desmotivación generalizada entre los profesionales o conflictos de “rol” entre los mismos, achacados, fundamentalmente, a un sistema de gestión centralizado y burocrático, a la ausencia de responsabilidades individuales, a la falta de reconocimiento y compensación por el trabajo “bien hecho” y al sentimiento compartido de que se trata igual a los desiguales, es impredecible la respuesta de los profesionales ante ofrecimientos nuevos, como liderar nuevas formas de gestión dentro de las modalidades de gestión directa, probar nuevos modelos organizativos o constituirse con diligencia en torno a un proyecto concreto.

En el caso concreto de enfermería, los supuestos logros alcanzados con la reforma no se han consolidado (salvo

quizá la consulta de enfermería), porque no se ratificaron mediante la correspondiente normativa, lo cual hubiera permitido la adscripción de población a enfermería y corregir situaciones injustas (cupos desiguales en número y cargas de trabajo, pero igual salario). Además, la asignación de población a enfermería supondría una mayor identificación con los pacientes, favorecería la personalización de los cuidados, la integralidad de las actuaciones, más autonomía (oferta clara de servicios), menos subsidiariedad y un mayor compromiso y responsabilidad hacia los ciudadanos.

Pero esta adscripción de población debería realizarse garantizando la coordinación entre los profesionales médicos y de enfermería. La adscripción de población es un hecho administrativo que por sí solo no promueve condiciones ideales de relación, y no corrige ni desajustes relacionados con la aportación específica de enfermería a la AP ni su tradicional actitud de subsidiariedad en relación con los médicos.

## **5. Planes para mejorar la Atención Primaria**

Las muestras de descontento de los profesionales de AP, junto a las carencias detectadas, debidas a la masificación, a la burocratización de las consultas y a las limitaciones en su capacidad resolutoria, han conducido a los agentes sociales y a la Administración sanitaria de algunas comunidades autónomas (Extremadura, Galicia, Madrid, Navarra...) a elaborar planes de mejora para superar estas deficiencias y la frustración de los profesionales. Los diferentes Planes de Mejora no persiguen el mismo objetivo según de qué CCAA se trate, ni por la metodología seguida (negociaciones y consensos alcanzados), ni por la voluntad política de compromiso y mejora real de un modelo en que la AP sea el eje integrador sobre el que pivote el Servicio de Salud.

Aunque la financiación no constituya el único problema de la AP, los niveles de escasez en que se mueve actualmente invalida muchos de los cambios que se deberían acometer sin dilación. Según los últimos datos del MSC sobre gasto consolidado (1999-2005), el porcentaje para la AP sobre el total de gasto sanitario público es del 15,1, un porcentaje que no deja de disminuir, pues en el año 1999 era del 15,9.

Como la población ha crecido en 5 millones de habitantes en los últimos años sin que el ritmo de creación de plazas asistenciales nuevas siguiera el mismo ritmo, entre las medidas a adoptar se encuentra la reducción del tamaño de los cupos y la creación de plazas de médicos, enfermeros, administrativos y personal auxiliar.

Incrementar la capacidad resolutive de la AP pasa por incrementar el tiempo disponible por paciente (ahora en 5 minutos escasos), en mejorar el equipamiento de los centros de salud, eliminar las restricciones en el acceso a ciertas pruebas diagnósticas (ecografías, TAC...), incrementar la formación continuada y potenciar la investigación.

Otro de los retos que se plantean los planes de mejora es disminuir la carga burocrática, simplificando trámites, proporcionando más apoyo administrativo e informático y, sobre todo, poniendo en marcha la receta electrónica. La calidad de la atención prestada en AP debería mejorar completando en este nivel cada vez más procesos diagnósticos. A este respecto es esencial incrementar la capacidad diagnóstica de la AP, favorecer la conexión con el hospital y evaluar preferentemente la calidad sobre la cantidad.

Para superar la baja autoestima profesional, los planes de mejora consideran esencial reconocer los valores propios de la AP frente al hospital; así, por ejemplo, habría que fomentar la polivalencia del médico de AP frente a la superespecialización hospitalaria, el hábil manejo de la incertidumbre frente a la práctica de la medicina

defensiva y la visión integral del paciente frente a la dispersión y fragmentación de la atención hospitalaria. También disminuir la inestabilidad laboral, favorecer la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades técnicas y facilitar la participación en las decisiones organizativas.

### **5.1. La experiencia de Galicia**

En la experiencia de Galicia, con la pretensión de transformar los problemas en oportunidades, se inició una oferta de diálogo desde la Plataforma Diez Minutos de Galicia: CCOO, CIG, FSP-UGT, AGMFyC, AGDSP. Contando con la receptividad de la Administración, se sumaron al acuerdo para la mejora de la AP asociaciones profesionales: AGMFyC, SEMERGEN, SEMG, AG Pediatría AP, Asociación Médicos de AP, AGDSP, y sindicatos: CIG, FSP-UGT, CCOO, CESM, OMEGA, CSIF.

A partir de un respaldo tan amplio, se establecieron como condiciones previas lograr los acuerdos por consenso, llevar los temas sindicales a Mesa Sectorial (sindicatos), acompañar cada medida de la memoria económica y de los cambios legislativos necesarios, establecer un calendario de despliegue de acuerdos, rubricar el compromiso por la máxima autoridad de la Xunta de Galicia, crear una comisión de seguimiento y definir un calendario de reuniones de control.

Los tres grupos de trabajo que se establecieron (recursos humanos, mejora de la calidad y desburocratización) elaboraron sus propuestas en este sentido:

1. Recursos humanos: Se establecen criterios para repartir los recursos y las cargas asistenciales en función de TIS por profesional, mayores de 65 años, dispersión geográfica, ratio médicos/ enfermeros, identificación de “puntos negros” de atención, establecimiento de criterios generales de asignación (1.250

TIS/médico y 800/pediatra, zonificación, cambio de modelo retributivo, paso de cupos de tarde a mañana) y medidas paralelas (intersustituciones, desdoblamiento de cupos, jornadas de sábados mañana).

2. Mejora de la calidad: Facilitar el acceso a tecnología mediante un catálogo de pruebas de acceso libre y protocolizadas, favorecer el contacto con especialistas de hospital, de referencia o consultor (contacto telefónico, hojas de interconsultas, procesos y guías clínicas, informatización, citas desde AP); estimular la docencia e investigación (dotación de recursos, acceso a información informática, Plan de Formación continuada, biblioteca virtual, herramientas de apoyo a las decisiones, docencia pregraduada, líneas prioritarias I+D+I, unidades de apoyo a la investigación); evaluación de la actividad.
3. Desburocratización: Limitar trámites, implantar modelo electrónico, establecer una Agenda de Calidad, proponer modificación de la normativa tiempos y gestión de la IT, receta electrónica (proponer multiprescripción, revisar los visados, aumentar la duración de la prescripción), delegación de burocracia (recetas, IT, prescripción de transporte sanitario).

Para la puesta en práctica del plan de mejora se han definido etapas, la legislación a desarrollar y los grupos técnicos de trabajo.

Los obstáculos que se prevén incluyen el malestar profesional, la desconfianza hacia la Administración, la desmotivación, el *burn-out*, la comodidad con la situación (resistencias al cambio), la rivalidad entre organizaciones, la incapacidad de las Administraciones (presupuestos escasos, lentitud de gestión, desinterés por AP...) o las diferentes situaciones de los centros. También pueden surgir amenazas del hospitalocentrismo, por las políticas de reducción del gasto social, por el acoso del neoliberalismo (la AP es poco competitiva en el mercado) o de la

seducción de los ciudadanos por las tecnologías.

Las perspectivas de desarrollo de estos planes de mejora de la AP pasan porque los profesionales seamos capaces de responder satisfactoriamente a los siguientes retos: ¿Están los médicos y enfermeros de AP dispuestos a asumir el reto de trabajar más y más racionalmente? ¿Están las Administraciones dispuestas a financiar el cambio? ¿Están los ciudadanos dispuestos a resolver el 90% de sus problemas en AP? ¿Están los líderes de AP dispuestos a ser generosos para colaborar y trabajar juntos? ¿La PT 10M está dispuesta a renunciar a su deriva antidemocrática?

## **6. La Integración de Cuidados en el horizonte**

La Integración de Cuidados, también denominada “cuidados transmuros”, “cuidados compartidos”, “gestión de la enfermedad” o “cuidados globales”, se refiere a la metodología y las estrategias destinadas al establecimiento y desarrollo de relaciones entre los distintos componentes del sistema de la Atención de la Salud (salud pública, primaria, hospitalaria, agudos, crónicos, mentales...) para hacer un todo de las partes, una organización funcionalmente unida. Esta estrategia de integración tendrá mucho más sentido aún cuando se empiecen a poner en práctica las medidas que desarrollen las leyes de fomento de la autonomía personal y de atención a la dependencia.

La Integración de los Cuidados de la Salud exige, por otra parte, colocar al paciente y a la población protegida en el centro del sistema y no a la oferta, a los profesionales o a las propias instituciones. Una organización desconectada conlleva al enajenamiento del paciente a favor del sistema o a su expulsión con la consiguiente búsqueda de soluciones en la medicina privada. Implica irresponsabilidad pública y termina por ignorar el principio de auto-

nomía del paciente, favoreciendo la aparición de barreras y subterfugios contrarios a las políticas de igualdad.

Una organización integrada, por el contrario, permite que el paciente pase de ser “objeto” de estudio o intervención a “sujeto” de su propio proceso, de modo y manera que pueda conocer los estudios de los que está pendiente, los objetivos diagnósticos y terapéuticos... La autonomía y los derechos de los pacientes también pueden y deben expresarse con otras medidas complementarias: segunda opinión, testamento vital...

La consideración del paciente como usuario o, todavía peor, como cliente es una de las manifestaciones más elocuentes de la deriva mercantilista del sector público de la salud. Sin embargo, la realidad es que el paciente es una parte sustancial del proceso de la salud: su contribución es indispensable en la historia clínica (que sigue siendo la principal herramienta en el diagnóstico), en la aceptación y seguimiento del tratamiento, en la promoción y prevención... Por ello, es necesario recuperar el rol del paciente como “coproductor de salud” y garantizar, en otro orden de cosas, sus derechos ciudadanos, en lógica correspondencia con una sociedad democrática en la que el ciudadano, como ocurre con la sanidad pública, paga con sus impuestos el sostenimiento del sistema.

La implicación de los pacientes y el público tiene que darse en las estructuras del sistema (dentro y no fuera de la organización sanitaria). En segundo lugar, las opiniones de los ciudadanos tienen que ser escuchadas y tomadas en consideración en todas las decisiones que afectan a la provisión de cuidados. Un paso fundamental para convertir el sistema público en un servicio moderno.

En relación con los instrumentos de participación, cabe reiterar que tienen que ser parte de la estructura regular en la toma de decisiones del sistema, que tienen que darse en los organismos de máxima representación del servicio de salud y en cada una de las áreas sanitarias. Con funciones bien definidas que, al menos, influyan

sobre los siguientes aspectos: 1) Sobre la planificación y presupuestos de los servicios sanitarios; 2) sobre sus prestaciones: seguridad, calidad y competencia profesional; 3) con el derecho a inspeccionar cualquier servicio; 4) con la misión de emitir informes con valoraciones o preocupaciones y, de forma periódica, sobre los cuidados que han recibido; 5) recogiendo y publicitando todas las incidencias adversas, y 6) efectuando recomendaciones para mejorar los servicios.

### **6.1. La Atención Primaria en el centro del sistema**

Es necesaria una reordenación de la estructura de Cuidados de la Salud como una prioridad básica, ya que sin cambios en su categorización y en las prioridades de los cuidados no será posible superar el modelo curativo, individual y hospitalario que actualmente distorsiona al Sistema Sanitario. La configuración de las políticas de cuidados en función de las necesidades de los pacientes no sólo reside en organizar un “viaje integrado del paciente” a través de todo el sistema (con independencia de la ubicación de los recursos; incluso si “el dinero sigue al paciente”), sino que precisa una revisión del papel de la AP y de su relación y jerarquía dentro del conjunto del sistema sanitario.

Los ciudadanos tienen que ver reflejadas sus preocupaciones en AP. Todos los recursos sanitarios tienen que participar de las políticas de salud pública y de promoción de la salud. Ejemplos como el ejercicio físico, el tabaquismo, la lactancia materna, el parto fisiológico, los atentados medioambientales, la salud laboral, la inmigración y la pobreza deben formar parte de las preocupaciones de la AP.

Los sistemas orientados hacia la medicina hospitalaria tienden a promover inequidad, mayores costes y peores resultados en salud. Por tanto, es necesario desarrollar políticas que cambien servicios de atención especiali-

zada por AP, entre otras cosas porque estas sustituciones son coste-efectivas (aunque la expansión de AP puede que no siempre reduzca los costes). En todo caso, los límites de las sustituciones tienen que ser cuidadosamente evaluados, al igual que la configuración de sus estructuras, contenidos, equipos y formas de funcionamiento.

Las propuestas de integración pasan por la racionalización del gasto, por el desarrollo de la salud comunitaria, por la reducción de las hospitalizaciones de agudos o por la disminución de tiempos de espera, y pueden resumirse en: 1) Continuidad y personalización de la atención del paciente a lo largo del sistema; 2) adecuado balance de los diferentes recursos: atención crítica, hospitalaria, atención primaria y prevención y promoción de la salud; y 3) eficiencia y calidad: que el paciente reciba el servicio adecuado, en el tiempo correcto, el lugar apropiado y por profesionales competentes.

El trabajo de integración se articula en torno a las siguientes líneas de actuación:

1) Reorientación poblacional, a través del diálogo social, de los planes integrados de salud, del papel rector de la salud pública y de la creación de nuevas estructuras de cuidados; 2) continuidad asistencial y funcionamiento en red, mediante la conexión transversal de los recursos, la regionalización, las redes de conocimiento y actualización, los mecanismos de conexión vertical, las mejoras en la relación primaria- hospitalaria, la red de cuidados sociales y sanitarios y la red informática, y 3) carácter cooperativo, desarrollando el área sanitaria, la gestión integral de la demanda, la gestión por procesos, el trabajo en equipo, la descentralización del servicio público y, paradójicamente, proponiendo agencias de integración centralizadas.

Como instrumentos de participación, desde AP se debe apostar políticamente por el desarrollo de los Consejos de Salud de Zona porque: 1) Es una oportunidad institu-

cional de juntar Administraciones y movimientos sociales organizados (ONG, asociaciones de vecinos, grupos de autoayuda, servicios sociales, etc.), con el propósito de construir redes locales para la intervención social en los barrios; 2) el cometido de los consejos debe ser fundamentalmente la promoción de la salud, con la contribución no hegemónica del centro de salud, y 3) la participación en los consejos tiene un elevado valor democrático, porque se ejercen los derechos en relación con un bien (el centro de salud) de titularidad pública, financiado con sus impuestos y del cual, al fin y al cabo, son los propietarios.

## **7. Estrategias y aliados para impulsar la Atención Primaria**

Durante los últimos años se ha echado en falta un debate ideológico y político sobre las esencias y contenidos de la AP. Los políticos creen poco en las bondades de la AP. La Administración sanitaria, ocupada en resolver el día a día y en mantener contenta a la opinión pública, se ha limitado a la puesta en práctica de medidas de contenido preferentemente asistencialista, anunciadas no sin cierta dosis de demagogia. Las organizaciones profesionales se han embarcado en una huida hacia adelante, intentando acaparar esferas de poder y campos de experiencia y de exclusividad en áreas formativas o editoriales.

Según algunos profesionales altamente motivados, ha habido un abandono de la reivindicación de los valores de la AP, del estímulo al trabajo en equipo, de la defensa de la multidisciplinariedad, del compromiso con la población, del fomento de la humanización de las relaciones entre profesionales y pacientes, de la autonomía organizativa y, en términos puramente estratégicos, ha habido un olvido de la planificación como instrumento. Con unos equipos sobredimensionados (grupos humanos muy numerosos, pero sobrecargados de actividad asistencial y con desequilibrios en las funciones y en la

distribución de tareas), sin capacidad de decisión para adaptarse al medio, a cuyo frente se han situado coordinadores cada vez con un bagaje más escaso de liderazgo, sin líderes en las organizaciones profesionales y con unos gestores poco reconocidos, no es extraño que se haya producido la deriva absentista que caracteriza a los EAP.

Para que la AP alcance todas sus potencialidades, es necesario dotarla presupuestariamente, al menos hasta los niveles que a nuestro nivel de desarrollo le corresponde, y acompañar los presupuestos de reformas, y no sólo de retórica. Estas son algunas sugerencias:

1. Si se asume la importancia de la AP como eje del SNS sobre el que debe pivotar una atención integral, se debería ajustar su presupuesto a las necesidades reales de recursos humanos e infraestructuras de este nivel asistencial.
2. El sistema sanitario debe dotarse de indicadores para conocer los baches de ineffectividad (resultados asistenciales deficientes) y de ineficiencia/injusticia social (actividad asistencial no equitativa).
3. Se debe recuperar el papel de la planificación, al menos a nivel de área, para ordenar los recursos y para decidir las medidas de políticas públicas de salud a nivel local.
4. La participación profesional y el concurso de los ciudadanos son necesarios para definir las formas de organización y la cartera de servicios. Desde AP se debe apostar políticamente por el desarrollo de los Consejos de Salud de Zona.
5. Los sistemas de organización e incentivación que se puedan proponer no deben comprometer que la AP preste servicios eficientes y de calidad, a toda la población, sin coste para el usuario en el punto del servicio y mediante financiación pública.
6. Mediante la comparación de indicadores de actividad y de resultados en salud, los gestores, de acuerdo

con los profesionales, deberían tomar medidas de corrección o de incentivación. No es de recibo que se sigan generando datos y que no se tomen decisiones basándose en la información que esos datos proporcionan.

7. La incentivación económica no sustituye otros criterios de motivación intrínseca del profesional.
8. Los Sistemas de Información Sanitaria deben diseñarse para facilitar la interacción médico-paciente, y para favorecer la labor asistencial, la movilidad de los pacientes, su seguridad y su intimidad.
9. Favorecer la actividad de los equipos de atención primaria pasa por adaptar la formación universitaria de las distintas profesiones (departamentos de atención primaria) y por facilitar la cohesión de sus miembros (equipos pequeños, profesionales polivalentes).
10. Basándose en la confianza mutua y en una política de personal basada en criterios profesionales, sería deseable dar a los miembros de los equipos de atención primaria un plus de autonomía para introducir reformas en la organización de los centros de salud, siempre que esas reformas mejoren la longitudinalidad y continuidad asistenciales, la accesibilidad, la atención integral individual y la equidad social.
11. Las reformas con más posibilidades de éxito son las que se sustentan en acuerdos amplios, que atañen a población, administración, organizaciones profesionales y sindicales y a los propios miembros de los equipos.

### **6.1. Alianzas para potenciar la Atención Primaria**

Las alianzas que pueda establecer la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública serán necesariamente coyunturales, porque mientras la

FADSP deposita todo su interés en el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) en tanto servicio público, el resto de los agentes: sindicatos, partidos políticos, Administración, organizaciones ciudadanas, profesionales y científicas, tienen un abanico de intereses más amplio, siendo el funcionamiento del sistema sanitario uno más, no necesariamente el más importante. Esta diversidad de intereses les ocasiona no pocas contradicciones, porque, por ejemplo, frecuentemente, pueden verse enfrentados, por un lado, la defensa de intereses laborales o corporativos y, por otro, una perspectiva global del SNS; o porque los intereses de una asociación científica no tengan en cuenta la eficiencia de una medida concreta en el contexto general (alargar la atención pediátrica hasta los 18 años); o porque las promesas electorales comprometan otras decisiones de política sanitaria de mayor alcance poblacional o de mejor relación coste-beneficio (determinadas vacunas, por ejemplo).

Respecto a las organizaciones profesionales de AP, a la FADSP solamente le cabe esperar de ellas unidad en la defensa de los intereses de la AP y del SNS. Lamentablemente, hasta ahora, la existencia de tres sociedades médicas de primaria ha sido un inconveniente a la hora de mantener un discurso unitario frente a los intereses enfrentados a la AP, del sector hospitalario o de la propia Administración. En algunos foros se ha propuesto crear un colegio de médicos de atención primaria, a semejanza del RCGP, iniciativa que no es descabellada si aceptamos conscientemente las diferencias esenciales que hay en la forma de entender la clínica y la organización asistencial entre hospitales y AP. En cualquier caso, las organizaciones de AP no han sido capaces todavía de situar en la órbita mediática –excepción hecha de la Plataforma Diez Minutos– ni sus indudables logros ni las figuras profesionales que los encarnan, cosa que sí logran otras especialidades.

La Plataforma Diez Minutos, que ha aglutinado el descontento profesional durante los últimos seis años, ha tenido más repercusión mediática que real. Ha tenido la virtud de situar en la actualidad político-social los problemas de masificación y de falta de recursos de la AP, pero su deriva antidemocrática y la carencia de una estructura organizativa propia pueden convertirla en un movimiento anecdótico: humo y ruido. La posición de la FADSP dentro de la PT10 debe ser de observadores a nivel nacional y más activa a nivel autonómico, que es el territorio donde descansa la responsabilidad sobre los servicios asistenciales.

Sería deseable que las organizaciones profesionales de enfermería, y de otras profesiones que participan en AP, potenciaran en su seno el debate organizativo y filosófico-político.

Los sindicatos juegan un papel esencial en la articulación de los intereses de los ciudadanos y todavía son el reducto donde la clase trabajadora puede depositar la defensa de sus derechos. Aunque los tiempos han conducido la actividad sindical por la senda del pactismo, es necesario seguir colaborando con los sindicatos de clase, aunque no sea más que para recordarles que el SNS existe para bien de todos los ciudadanos, entre los cuales los más desfavorecidos son precisamente los que no tienen trabajo, los que trabajan en precario, los jubilados, las mujeres con trabajo doméstico no remunerado o los inmigrantes.

Tanto en España como en Europa sería necesario explorar la colaboración con los partidos políticos de izquierda que defiendan los servicios públicos de salud por razones obvias, aunque a veces los hechos contradigan su retórica. Por ejemplo, no es raro comprobar cómo los políticos de izquierda utilizan servicios sanitarios privados. A este respecto, la FADSP debería hacer campaña antes de las próximas elecciones generales, junto con otras asociaciones ciudadanas y profesionales que

defiendan la sanidad y la educación públicas, pidiendo a los candidatos de los partidos de izquierda su compromiso por la defensa y el uso de la educación y la sanidad públicas en caso de ser elegidos.

La experiencia con las Plataformas Ciudadanas ha sido dispar. Su actividad ha sido puntual, frecuentemente ligada a la reivindicación de un hospital; sin embargo, si somos conscientes del absentismo en que ha derivado la sociedad, contra el cual las organizaciones no han realizado muchos esfuerzos (más bien al contrario, según qué momentos políticos o electorales), la FADSP debe seguir alertando a la población ante las amenazas al Estado de Bienestar. Esto será más fácil donde esas amenazas sean más claras: Madrid, Comunidad Valenciana, por ejemplo.

La relación con las Administraciones Públicas “amigas” puede ser fructífera. De hecho no hay que rehuir la colaboración mutua, vía búsqueda de financiación para proyectos, o bien mediante la organización de eventos comunes. Siempre que la colaboración sea transparente y proporcionada a los fines perseguidos.

La colaboración con las sociedades científicas puede dar sus modestos frutos, de hecho se han explorado con éxito algunas colaboraciones editoriales y en la realización de actividades (jornadas sobre desigualdades en Cádiz). Es necesario seguir pendientes del resto del mundo en busca de aliados profesionales y ciudadanos en comunidades amenazadas por el neoliberalismo globalizador (Latinoamérica, Reino Unido, etc.).

La complejidad de nuestro sistema sanitario, sus inercias, las incertidumbres sobre el futuro de la AP es difícil que quepan en un documento como éste. Pormenorizar las posibles soluciones es un ejercicio de simplificación que no se corresponde con esa complejidad. Sin embargo, tenemos que intentarlo, aunque sea enunciando las líneas generales y apuntando formas de organización y funcionamiento que intenten escapar a la

entropía del sistema.

Si, desde el punto de vista de los políticos la AP responde a las expectativas asistenciales a un coste asumible, si por su parte los ciudadanos mantienen buenos niveles de aceptación y de satisfacción con la asistencia que reciben, por el contrario, en este momento son los trabajadores de AP quienes reclaman cambios. Entre ellos los que han participado intensamente de la reforma para terminar presos de la burocracia asistencial, con su resolutivez limitada, saturados de demandas ciudadanas que no acaban de entender, sobrecargados de cupo y de trabajo y sin posibilidad siquiera de manejar mínimamente sus agendas. Es posible que durante los próximos años gran parte del debate sanitario descansa en ese descontento laboral, descontento ante el cual la FADSP ha de estar alerta, proponiendo mejoras que enriquezcan el desempeño profesional, que redunden en mejoras de salud de la colectividad y que busquen la equidad, por lo tanto, que no disminuyan los valores de accesibilidad, integralidad y longitudinalidad propios de la Atención Primaria.

**Cáceres, XXVI Jornadas de Debate Sobre Sanidad Pública de la FADSP; 17 de noviembre de 2007**

## **Bibliografía general**

- Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 2003; 38: 831-65.
- [www.oecd.org/health](http://www.oecd.org/health)
- Gérvás J, Palomo L, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M, Rubio C. Problemas acuciantes en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001; 28(7): 472-7.
- Minué S. Perspectivas organizativas de la atención primaria: ¿en el asiento del conductor o repartiendo los billetes? *Eidon* 2007; 25: 12-18.
- Simó J, Gérvás 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 en España, cien por ciento europea. *Aten Primaria* 2004; 34: 427-81.
- Gérvás J, Pérez-Fernández M, Palomo-Cobos L, Pastor-Sánchez R. Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España Valoración para un aprendizaje por acierto/error. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2005. Disponible en: <http://www.diezminutos.org/>. Acceso: 08-06-07.
- Palomo L. Pagar a los médicos. *Salud 2000*. 2000; 78: 6-10.
- Palomo L. Uso y disfrute de los incentivos en atención primaria. *Salud 2000* 2007; 114: 22-27.
- Palomo L. Innovaciones estructurales y organizativas en atención primaria. *Salud 2000*. 2004; 99: 11-15.
- Ponte C. La integración de los cuidados de la salud. *Salud 2000* 2005; 104: 5-10.

