

LA REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA: UNA PROPUESTA PRAGMÁTICA*

Juan J. Gérvas
Equipo CESCA. Madrid

Introducción

En la actualidad, conviven en España dos modelos de atención primaria: el clásico y el reformado. Los dos sistemas se reparten desigualmente y el modelo reformado alcanza a un 30% de la población. Se establecen comparaciones entambos¹ que no siempre son afortunadas². En cualquier caso, se puede afirmar que las esperanzas están puestas en el nuevo modelo y que el clásico se ha declarado, *de facto*, a extinguir.

¿Qué esperanzas quedan para los profesionales y la población atendida en el sistema clásico? Pocas e injustificadas, pues el peso de la realidad es aplastante². ¿Qué expectativas existen para los profesionales y la población atendida en el sistema reformado? Muchas y probablemente injustificadas, pues hay datos poco optimistas³⁻⁵. Por supuesto, «el grado de paciencia y voluntarismo de los miembros del equipo» puede producir una bella imagen⁶, pero conviene recordar el efecto demoledor del tiempo cuando las estructuras son adversas.

En España son frecuentes dos fenómenos: «la ley del todo o nada» (A) y el de «la ley para nada» (B). El fenómeno A supone, en su versión de la reforma sanitaria, que el modelo debe ser único y a él deben dedicarse todos los esfuerzos. El fenómeno B exige la existencia de una ley/decreto que intente resolver una situación injusta y/o des-

pilfarradora; tras la ley/decreto se construyen edificios (o se cambian rótulos) que permitan desarrollar prácticamente el nuevo articulado; los edificios se llenan con profesionales a los que se les da un nuevo nombre; posteriormente, se les abandona al vacío y a la iniciativa personal; el paso del tiempo termina de colmar los efectos del vacío y el abandono; se constata de nuevo una situación injusta y/o despilfarradora; se elabora una ley/decreto..., etc. (el círculo se repite). Ambos fenómenos se dan en la reforma en curso de la atención primaria en España, y lastran su futuro.

El modelo único

El modelo de reforma es único y se aplica por igual (con pequeñísimos matices de diferencia) en toda España. Se instituye mediante un decreto⁷, y se basa en los *equipos* y en los *centros de salud*. ¿Qué necesidades se evaluaron para dar esta respuesta? ¿Es la opción más eficiente la de sembrar España de centros de salud? ¿Es la única opción posible para mejorar los resultados de la atención primaria?

Es difícil contestar a estas preguntas, pero son claves para afirmar o negar la reforma. No basta con transformar el nombre (de ambulatorio/consultorio a centro de salud). No basta con crear un nuevo título (de nuevo, un nombre distinto: de médico general/de cabecera a médico de familia). Hay que contestar,

al menos, a las tres preguntas que se han hecho más arriba.

El modelo único incluye una ideología basada en la creencia, no contrastada ni concretada, de:

1. La bondad del trabajo en equipo.
2. La omnipotencia de la educación para la salud.
3. Las posibilidades ilimitadas de la prevención.
4. La necesidad imperiosa de la participación comunitaria, y
5. la infalibilidad de los acuerdos de Alma-Ata.

Por supuesto, la rigidez ideológica supone declarar anatema a quien, como el firmante, ponga en cuestión el modelo. Así, aun con una Constitución reciente (1978), que acepta la pluralidad de las «Españas», el modelo de la reforma sanitaria española de la atención primaria se está aplicando por igual en todo el territorio nacional. Ciertamente, se salvan aquellas autonomías que como la catalana, andaluza, vasca y valenciana, tienen transferidas las competencias sanitarias. Pero el peso de la herencia de Insalud y de la filosofía que impregna al Ministerio de Sanidad hace que el modelo único se convierta, a su vez, en la única opción.

Se están elaborando con profusión y diligencia evaluaciones de los centros de salud que sustenten científicamente el modelo^{4,8,9}. Los intentos son honestos y positivos, pero la evaluación sanitaria es difícil, y más el evaluar el impacto de la reforma de la atención prima-

* Las opiniones que se expresan en este trabajo son las del autor, y no necesariamente la de todos los miembros del equipo CESCA.

Correspondencia: Juan Gérvas. Equipo CESCA. General Moscardó, 7. 28020 MADRID.
Este artículo fue recibido el 23 de diciembre de 1988 y fue aceptado, tras revisión, el 24 de mayo de 1989.

ria; la mayoría de las evaluaciones carecen de un diseño experimental, o cuasiexperimental, y su validez interna y externa es nula. Confirman que el modelo se mueve, pero no permiten saber ni si se mueve correctamente ni hacia dónde. Cuando se establecen comparaciones con la situación previa (y paralela) de ambulatorios/consultorios se comete una falacia epidemiológica que hace, cuando menos, dudar de los resultados. Los profesionales sanitarios expresan estas dudas acerca de la organización satisfactoria de la atención primaria, por ejemplo, rechazando a los últimos lugares de elección la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria¹⁰.

Mientras se implanta el modelo único (y en contra de los aireados ideales de trabajo e equipo, educación para la salud, prevención, participación de la comunidad, Alma-Ata, etc.), la situación de los ambulatorios/consultorios se deja pudrir negando cualquier posibilidad de cambio a los profesionales que trabajan en ellos. Los interinos, renovados cada nueve meses, se han constituido en plaga que afronta la dignidad de los pacientes, que se ven obligados a contar su vida a intervalos regulares. La dotación de material, desde el papel a las jeringuillas de un solo uso para diabéticos, pasando por los libros y revistas, se mantiene a niveles franquistas. Se empeora el sistema adoptando alegremente un librecambio de médico que impide cualquier trabajo de calidad. En suma, se intenta condenar en vida a profesionales de la atención primaria tan sólo por el delito de trabajar en ambulatorios/consultorios. Dos situaciones permiten valorar, por su ejemplaridad, las contradicciones del modelo único: 1. la libre elección del médico y 2. el trabajo en equipo.

La libre elección de médico

La libertad de elección de médico es, por ejemplo, elegir a un médico chino para tratar la faringitis de hoy, y percibir gastos de viaje y sanitarios de forma que pueda cumplirse esta libertad caprichosa de recibir tratamiento en China. Naturalmente, esta libertad ni existe ni existirá.

La libertad que promocionan el Ministerio de Sanidad y el Insalud es, en la práctica, semejante a la del ejemplo. Los pacientes, hoy (en Madrid al menos), pueden cambiar en la práctica de médico a diario, y tantas veces como quieran sin que exista ningún mecanismo de control. Basta con la presentación de la cartilla para requerir la atención sanitaria allí donde se quiera. ¿Cómo se puede hablar de continuidad de la atención en estas circunstancias? ¿Cómo trabajar con una base poblacional? ¿Cómo emprender acciones preventivas? ¿Cómo archivar y manejar historias clínicas en estas condiciones? Por supuesto, esta libre elección de médico sin control ni planificación elimina de raíz el pago por capitación. Se impone así, de hecho, la salarización de los médicos. La capitación se abandona sin discusión. ¿Carece de ventajas y debe ser condenada? El debate es interesante, pues de hecho la capitación es una forma de pago que, complementada con otras (pago por algunos actos o programas, y complemento fijo), se ha mostrado muy estimulante en otros países.

La libre elección de médico y la salarización *de facto* no son más que dos botones de muestra que ejemplifican las incongruencias del modelo único de reforma. A ellos se puede unir el retraso en la implantación de la receta de crónicos y en el desarrollo de la tarjeta personal de asistencia sanitaria, otras dos opciones prácticas y racionalizadoras que se mantienen congeladas, mientras la teorización acerca del modelo crece sin cesar (pero sin enfrentarse ni al debate ni a la crítica).

Para hablar con propiedad de libre elección de médico habría que desarrollar una estrategia lógica, que podría basarse en los siguientes puntos:

1. No existe libre elección de médico en un sentido absoluto.
2. Deben impedirse aquellos cambios que impliquen distinta zona sanitaria para la consulta del médico y el domicilio del paciente (si las zonas están bien diseñadas).
3. Salvo excepciones, lo normal es que el cambio de médico exija una relación médico-paciente de al menos seis meses.

4. Las excepciones se resolverán por un comité de médicos, gestores y usuarios (por área) muy informal, que se puede reunir cada 15 días para conocer estas excepciones y el conjunto de los cambios. Se seguirán aquellos pacientes que se cambien más de una vez al año, o aquellos médicos en los que su lista cambie más de un 5% anual (eliminando los cambios «administrativos»: cambio de domicilio, etc.).

5. Se asegurará que el historial clínico se transmita de un médico a otro. Es importante prever cuál va a ser el mecanismo para esta transmisión de material.

6. Todos los médicos recibirán mensualmente una relación de los pacientes que han cambiado de su lista, indicando el motivo del cambio. El médico hará llegar al comité los comentarios que crea oportunos en relación a dichos cambios.

El trabajo en equipo

Los *equipos de atención primaria* son la base de la reforma sanitaria. Pero su diseño adolece de graves problemas, lo que explica las dificultades que surgen en la práctica. De hecho, muchos miembros de los equipos, con pocos años de experiencia y, por tanto, con poca vivencia de la cruda realidad, ya están afectados por la enfermedad de Tomás^{11,12}. Una enfermedad terrible que afecta a los profesionales sanitarios con especial virulencia y que se caracteriza por: 1. Desánimo y tedio en el trabajo diario. 2. Creencia de que sólo en otro lugar es posible trabajar con fundamento científico. 3. Pérdida de la autoestima, y 4. Ausencia de expectativas de mejoría. El síntoma cardinal es el de la pérdida de la autoestima, que lleva a que muchos médicos se sientan administrativos, muchas enfermeras se sientan secretarías y muchos farmacéuticos se sientan comerciantes.

El trabajo en equipo es una forma más de organizar el trabajo, cuya metodología se discute en general¹³ y en el caso particular de la atención primaria¹⁴. Aunque se aceptan los aspectos positivos de los equipos de atención primaria, habría que tener en cuenta, para

el debate acerca de su implantación y desarrollo, los siguientes puntos:

1. Una cosa es un grupo y otra un equipo. El trabajo en grupo puede estar justificado en los centros de salud por razones de optimización de personal, material o locales. El trabajar en el mismo edificio/local no implica, ni siquiera, el trabajar en grupo; buen ejemplo de esta coexistencia, que no convivencia, son muchos centros de salud suecos, en los que la farmacia forma parte física de los mismos pero en los que, como es habitual, médicos y farmacéuticos se ignoran¹⁵.
2. La mayor ventaja no económica del trabajo en grupo es el fomento del trabajo de calidad y de la formación continuada. Estos deben ser objetivos fundamentales para el trabajo en grupo.
3. Los servicios sanitarios son servicios personales. Cada paciente debe tener su médico y cada médico sus pacientes.
4. No hay acuerdo acerca de qué es un equipo y cómo debe trabajar un equipo en un centro de salud. Hay, así, una contradicción evidente entre las aspiraciones y la teoría no pragmática, y la realidad: el trabajo en equipo es un mito en la práctica, por más que se hable de él¹⁶.
5. El trabajo en equipo en las condiciones actuales conduce fácilmente a un proceso asambleario en el que todas las decisiones las toma la asamblea. Es evidente que muchas decisiones en el centro de salud no deben ser tomadas en asamblea. Además, este tipo de dinámica convierte fácilmente al coordinador en delegado sindical, lo que anula su autoridad administrativa y científica.
6. Es fácil, trabajando en la forma de los equipos actuales, implantar un comunismo gregario. Es el «aquí todos somos iguales». Con ello se evita que los vagos protesten; los más trabajadores apenas expresarán su desacuerdo, pero poco a poco el trabajo del conjunto se resentirá, por la pérdida de incentivos. Buen ejemplo de este comunismo gregario ha sido, en muchos centros de salud, el reparto por igual y sin criterios del «plus de productividad variable».
7. No está probado que la suma de los saberes de distintos sanitarios produzca un mejor resultado que el buen hacer y saber de un sanitario trabajando

individualmente, y utilizando los saberes de otros sanitarios cuando es necesario¹⁷.

8. Existe una confusión continua entre trabajar con un objetivo común y trabajar en común (es decir, uno hace la entrevista clínica, otro explora al paciente, otro hace el diagnóstico diferencial, etc.).

9. El trabajo de calidad, en grupo o en solitario, en atención primaria exige, al menos, el doble de enfermeras que de médicos. Lo habitual en los centros de salud es una relación uno a uno.

10. Con la forma actual de trabajar en equipo se dificulta el establecimiento de las jerarquías imprescindibles, así como la asignación de responsabilidades.

11. Los actuales centros de salud, con sus equipos, corren el riesgo (ya realidad) de la especialización. Un médico/enfermera se dedica a la diabetes, otro a la hipertensión, otro a la tocología... Esto rompe toda la filosofía de la medicina general y al paciente¹⁸. Beneficia, no obstante, a los laboratorios farmacéuticos, que impulsan la creación y el desarrollo de estas miniunidades (o de minihospitales).

La reforma a la inglesa

El modelo único de centros de salud y equipos de atención primaria no es la única opción para la reforma sanitaria. Los profesionales sanitarios pueden recuperar su dignidad y mejorar su calidad trabajando según otros modelos alternativos. Por ejemplo, con respecto a médicos y enfermeras, podría iniciarse una reconversión a la inglesa cuyo objetivo sea el de fomentar la responsabilidad personal y continuada del médico y de la enfermera en la atención de un sector definido de población. Para ello habría que fomentar la continuidad y la responsabilidad. Ambas características son clásicas de la medicina general en el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido¹⁶⁻¹⁹. En la actualidad, la reforma conservadora del sistema sanitario inglés²⁰ ha desembocado en una propuesta concreta en atención primaria²¹. Se pretende así el incremento de la participación monetaria del paciente en la prestación de servicios

sanitarios, lo que conlleva un retroceso en la universalización de los mismos; al tiempo, se fomenta la participación de los farmacéuticos y se introducen medidas de control de calidad y de optimización del gasto sanitario²¹.

A partir del ejemplo inglés, básicamente del modelo clásico¹⁴⁻²⁰, pueden hacerse propuestas al aplicar en España, según un modelo que busque el fomento de la continuidad y de la responsabilidad del médico de cabecera y del personal sanitario en general.

Fomento de la continuidad

*El tiempo de atención es clave*²², por lo que debería ampliarse; serían cuatro las horas de consulta para el médico y tres para la enfermera. Esta atiende su propia consulta realizando actividades preventivas y de control de crónicos, además de otras más clásicas (curas, inyecciones, vacunaciones, etc.)²³. Desde luego, es importante contar con *un espacio vital* que los profesionales reconozcan como propio, lo que exige la existencia de despachos individuales asignados, en los que es imprescindible contar con archivadores y material mínimo (de registro y de atención). *El trabajo debe basarse en la historia clínica* que se empleará en el seguimiento de los pacientes y de la población; para ello, la historia permitirá generar un fichero de edad y sexo y un libro de morbilidad, con los problemas que requieran acciones comunitarias y/o grupales. La historia clínica se empleará en todo tipo de consultas, lo que facilita el seguimiento y la continuidad (consultas a demanda, citadas, de programa, urgentes y a domicilio). Se fomentará la introducción de la historia clínica orientada por problemas, según el modelo que se describe y utiliza internacionalmente^{24,25}. La dotación de medios administrativos, incluyendo personal en su caso, es importante si se quieren implantar medidas que mejoren los registros y que faciliten la conexión con el nivel secundario (informes, etc.).

Los avisos domiciliarios están disminuyendo con el modelo de reforma actual⁹, sin que se haya evaluado la pertinencia de dicha disminución. La asistencia a domicilio rompe definitivamente las barreras geográficas, pues fa-

cilita la accesibilidad²⁶, y ha sido una característica del sistema sanitario español que no conviene perder sin evaluar las consecuencias. En todo caso, se buscará el fomento del trabajo a domicilio, de urgentes y crónicos, por el mismo profesional que atiende en la institución. Se eliminará, pues, la figura del «negro» (médico que hace avisos por otro), se incrementará la autonomía de la enfermera, especialmente en el seguimiento de crónicos recluidos a domicilio, más abundantes de lo que se piensa²⁷.

Los registros estables y utilizados en todas las ocasiones facilitan la consecución de la continuidad. La estabilidad de la relación profesional/paciente también mejora la continuidad y la detección de problemas. Para conseguirla deberían emplearse dos tipos de medidas: 1. Asignación de una «lista» de pacientes al médico y la enfermera. 2. El fomento de la permanencia en el mismo lugar de trabajo.

La asignación de la «lista» se realizará respetando la libertad de elección de médico en la forma comentada anteriormente. Es importante que la lista englobe a unidades familiares de zonas geográficas bien definidas (un pueblo, una calle o sector de un barrio) y que los pacientes vayan a incluirse en la lista tomando contacto con el médico; ello implica un primer contacto con el profesional, que conoce desde el principio la composición, por edad y sexo, de la población asignada, así como los domicilios de la misma. Se facilita, opcionalmente, la implantación de una dinámica de salud inicial, ya que la visita para «enlistarse» será, habitualmente, de paciente sano. Facilitaría el seguimiento del paciente el contar con un número único para el INSS, y el conocer, tan pronto como fuera posible, los cambios de pacientes (que se controlarían según se ha sugerido con anterioridad). El tamaño de la lista debería oscilar, según las características poblacionales (edad, marginalidad, dispersión, etc.), entre 1000 y 2500 personas, y se establecería un pago *per cápita* corregido (salario más capitación).

El fomento de la permanencia en el mismo lugar de trabajo puede lograrse a través de incentivos económicos y

profesionales. Entre los económicos podría implantarse el pago de un complemento por persistencia en el mismo lugar y puesto, que aumentaría con el paso de los años; no es similar al pago de «trienios», ya que el complemento que se sugiere se perdería al trasladarse, recomenzando de nuevo desde cero en este caso. El pago y la organización de la atención las 24 horas del día, para atender también urgencias, facilitaría la continuidad; naturalmente, esta atención continuada puede equilibrarse con el derecho de los profesionales al tiempo libre y al ocio, siempre que se asegure, al menos, el registro en la historia clínica de todo tipo de atención. La continuidad de la atención también puede incrementarse a través del pago por determinados programas o actividades que decidan priorizarse, como las vacunaciones y la detección precoz del cáncer y de la hipertensión arterial, y que requieren continuidad para realizarse adecuadamente (por ejemplo, la vacunación antitetánica, que requiere el seguimiento a lo largo de toda la vida). Puesto que la atención de la población anciana y/o marginada implica cargas de trabajo especiales, sería prudente establecer complementos específicos según la pirámide de edad y la marginación de la lista adscrita. Asimismo, es prudente fomentar el trabajo en grupo, para lo que pueden implantarse incentivos económicos que facilitarían el agrupamiento de hasta 5-6 médicos; al objeto de no estimular el establecimiento de grandes grupos, por el riesgo de despersonalización de la atención y de especialización de los médicos, es importante limitar el incentivo para agruparse sólo hasta un límite claramente definido, de alrededor de 4-5 médicos generales.

Los incentivos profesionales deben buscar el aumento de la satisfacción en el trabajo y de la autoestima. El médico y la enfermera deben recibir ayuda para poder llevar a cabo su labor íntegramente, lo que implica algún tipo de apoyo para resolver los problemas sociales, psicológicos y económicos observados durante la atención clínica y que son fuente permanente de frustración de los profesionales, por la incompatencia con la que los viven.

El apoyo a la renovación y formación continuada debe ser un conjunto planificado y limitado a lo prudente (por ejemplo, concediendo entre 5 y 10 días laborables pagados al año para cursos, congresos y reuniones). Estas actividades, y los permisos, deberían estar bajo el control «de pares», asegurando la máxima transparencia, la presentación de informes y la difusión de los nuevos conocimientos adquiridos. Además, debería fomentarse el desarrollo de trabajos de estudios en la práctica, y facilitar su evaluación, especialmente de los resultados (*outcome*); la evaluación del resultado es más beneficiosa, profesionalmente hablando, que la del proceso, ya que evita el dogmatismo y el academismo.

Entre los incentivos profesionales hay que incluir, también, la definición de los puestos de trabajo, que haga evidente las responsabilidades, derechos y obligaciones de cada profesional, sin excesiva rigidez pero con claridad. En este apartado es importante definir la figura de los sustitutos, y asegurar, para éstos, un mínimo de seguimiento del esfuerzo del profesional sustituido (empleo de la historia clínica, respeto a los tratamientos de crónicos y a las pautas preventivas).

Por último, la participación de los pacientes en las decisiones (comité de cambios de médicos, control del gasto) puede considerarse un incentivo profesional que recompensaría a todos (profesionales y pacientes), al hacerles coparticipes de la orientación y adaptación del trabajo a la realidad.

Fomento de la responsabilidad

La responsabilidad del médico de cabecera va más allá de responder de la correcta atención de los pacientes agudos que demandan por problemas orgánicos, aunque ha sido formado, casi exclusivamente, para prestar esta atención. En la práctica, la responsabilidad se expande para abarcar todo tipo de problemas, incluyendo la prevención de los mismos.

El médico de cabecera pierde transitoriamente la responsabilidad de la atención de un paciente que se deriva al nivel secundario. Es importante limitar esta pérdida fomentando el trabajo de

los especialistas como simples consultores. Así, el médico de cabecera debería recibir notificación directa de la atención especializada prestada a sus pacientes (urgencias, consultas externas, ingresos) para fomentar el contacto fluido con el hospital²⁸. Ello significa, por ejemplo, que se invitaría al médico de cabecera a las sesiones hospitalarias en las que se presenten casos suyos. También, la libre elección del cuadro de especialistas (dentro del área), de forma que se estimule el conocimiento personal entre los distintos profesionales médicos. La conexión fluida también obliga al contacto telefónico fácil y a la presencia del especialista, en hora adecuada, en la propia consulta del médico de cabecera.

La responsabilidad se pierde cuando se deriva el paciente al especialista y, más grave, cuando se ignoran los problemas del paciente o se asiste inermemente a los mismos. Por ello es importante: 1. El trabajo por problemas, que permite desvincular, hasta cierto punto, la decisión y la acción del diagnóstico, ampliando el campo médico desde los libros a la vida cotidiana²⁹ y 2. la colaboración con otros trabajadores sanitarios que prestan sus servicios a la comunidad (en entidades públicas y privadas).

El trabajo por problemas supone aceptar la realidad como punto de inicio de la acción, independientemente de que esa realidad responda a criterios y definiciones incluidas en los libros de patologías (diagnósticos); facilita, también, el cuidado anticipatorio. Es cuidado anticipatorio la introducción sistemática de la prevención, a sus tres niveles, en la consulta del médico y de la enfermera; supone realizar continuamente actividades preventivas «según oportunidad», explotando el frecuente contacto de los pacientes con su médico de cabecera³⁰. El trabajo por problema permite, pues, identificar y prevenir los problemas sin dogmatismo ni rigidez, lo cual facilita la adopción de medidas eficaces.

La colaboración con otros profesionales sanitarios es imprescindible si aspiramos a que el médico acepte responsabilidades que van más allá de la patología orgánica. De poco sirve ano-

tar en la lista de problemas «aislamiento social», en la historia de una paciente anciana sin familia, reclusa en su domicilio, si no hay respuesta que dar. El médico se frustra al sentirse inerte frente a estos problemas, y poco a poco pierde, incluso, el deseo de descubrirlos. Hay respuestas posibles, aunque muchas veces fuera del sistema público: las organizaciones de voluntarios, la Cruz Roja, Cáritas, las parroquias católicas y protestantes y otras organizaciones, constituyen un entramado en el que hay que fomentar que los médicos y enfermeras sepan moverse, pues en ellas se encuentran respuestas eficaces a problemas médicamente irresolubles. Desde luego, una colaboración imprescindible y hasta ahora inexistente es la del farmacéutico de oficina de farmacia/médico de cabecera; ambos se ignoran y permanecen extraños entre sí, aunque la atención a los mismos pacientes es una. Es fácil fomentar esta relación, facilitando el contacto entre los profesionales más inquietos, y difundiendo las experiencias positivas que existen en este campo^{31,32}.

La responsabilidad exige medios; el medio más efectivo es el tiempo del profesional, que se ha comentado en el anterior apartado. Medios que facilitan la responsabilización son, también, los necesarios para realizar técnicas básicas de diagnóstico y tratamiento, como material para tacto rectal, citología vaginal, laboratorio mínimo (glucemia), electrocardiografía, cirugía menor, etc. El fomento de la seguridad en la realización de estas técnicas básicas es fundamental si se desea que se implanten y persistan; la seguridad se logra a través de la homologación de la metodología y de la renovación continuada de conocimientos. Para ello es imprescindible el apoyo a la formación continuada (cursos prácticos de técnicas básicas, metodología de los registros, evaluación, etc.) y el fomento de la participación en sociedades, congresos, reuniones, jornadas, y agrupaciones. Se precisa un lugar de estudio, y la dotación adecuada de libros y revistas; éstas podrían distribuirse entre distintas consultas que aseguraran la cobertura, por zona, de un núcleo mínimo (*Atención Primaria, Gaceta Sanitaria, Revis-*

ta de Sanidad e Higiene Pública, Medicina Clínica, Clínica Rural, Medical Care, Journal of the Royal College of General Practitioners, British Medical Journal, Lancet y New England Journal of Medicine)³³. Lo ideal sería la dotación de una «casa del sanitario», en relación con la Universidad: un lugar con aulas y medios audiovisuales, de uso libre y con un control mínimo para apoyo de iniciativas docentes y realización de cursos, conferencias, charlas, reuniones, etc.²⁸.

El trabajo individual o en grupo del médico exige un control continuo; aunque la autoevaluación es posible, sería de desear el fomento de la evaluación «por pares» que facilite el mantenimiento de un alto nivel de calidad³⁴. Lo lógico es que los criterios de calidad partan del análisis de la realidad y de los propios profesionales a evaluar. Este trabajo común incluye, pues, el analizar la morbilidad atendida habitual y recomendar pautas de seguimiento y tratamiento; también el estudiar la mortalidad, especialmente la sanitariamente evitable. Se buscaría con ello la responsabilización del médico general, capaz de afrontar un amplio espectro de los problemas sanitarios si cuenta con apoyo suficiente. Un incentivo social, y en parte profesional, es la implantación de comités de ética, compuestos por médicos y otros profesionales y por usuarios. Los comités de ética en atención primaria se pronunciarían acerca de la aceptabilidad social de las distintas propuestas de cambios, investigaciones, etc., a desarrollar en una área, y analizarían si, independientemente de su eficacia y efectividad, presentan rasgos y/o componentes que transgredan las normas socialmente aceptadas.

Por supuesto, la reforma a la inglesa incluye, también, la potenciación del trabajo de farmacéuticos y veterinarios, dos profesionales sanitarios habitualmente abandonados de la mano de la Administración. Los farmacéuticos presentan un perfil ideal para realizar atención primaria desde sus oficinas de farmacia. La propuesta, aparentemente utópica, se está plasmando ya en el trabajo de distintos grupos^{31,32}, y, como gran parte de la realidad, se desarrolla al margen del Insalud. El Ministerio de

Sanidad ha apostado tan sólo por «el experto en medicamento» a incluir en el área de salud, ignorando, aparentemente, el potencial de los farmacéuticos de oficina de farmacia.

Conclusiones

Existe acuerdo, probablemente unánime, acerca de la necesidad de reformar la atención primaria en España. Sin embargo, este acuerdo no implica que la vía de reforma deba ser única, menos cuando ni siquiera se ha demostrado que el modelo de reforma elegido sea el idóneo. No se han contestado preguntas claves antes de la selección del modelo único y, probablemente, muchos consideren ya imposible, e innecesario contestar a esas preguntas.

El precio de la vía única puede ser muy caro, especialmente si no se superan las dificultades estructurales³⁻⁶, y si se abandona la atención clásica². Debería estudiarse: 1. La implantación de modelos alternativos, ensayando, evaluando y comparando científicamente todas las opciones, y 2. El abandono de una filosofía rígida (mezcla de apostolado, mística e ignorancia).

La sensibilidad que exhiben algunos responsables políticos sanitarios bien podría ser el punto de comienzo de una reforma de la atención primaria más abierta y «sana».

Bibliografía

1. Louro A. Demanda derivada en atención primaria. *Med Clin* 1986; 87: 693.

2. Gervas JJ, Pérez Fernández MM. Demanda derivada en atención primaria. *Med Clin* 1986; 87: 694.

3. Coordinadora EAP. Situación de los equipos de atención primaria de reciente creación en Madrid. *Salud* 2000 1987; 8: 12-5.

4. Martínez F, Gómez C, Gervas JJ, et al. Evaluación de los centros de salud de Madrid. *II Congreso de Salud Pública y Administración Sanitaria*. Madrid: 1987: 189-90. Comunicaciones.

5. Otero A, Engel JL. La evaluación de la estructura en los centros de salud. Aproximación a la situación en España. *Atención Primaria* 1987; 4: 484-96.

6. Conclusiones de las VI Jornadas Españolas de Medicina Familiar y Comunitaria. *Atención Primaria* 1986; 3: 67.

7. Real Decreto 137/1984 de 11 de enero sobre estructuras básicas de salud. BOE de 1 de febrero de 1984; 2: 2.627-29.

8. Lobera J. La derivación de pacientes de la atención primaria a la especializada. *Gaceta Sanitaria* 1988; 2: 271-75.

9. Lucas R, Beltrán JL, Martínez F. Impacto sobre la demanda de asistencia urgente tras la puesta en marcha de un centro de salud rural. *Atención Primaria* 1989; 6: 160-64.

10. Fuente L, Martínez D, Lardelli I, Masa J, Bolaños J, Rodríguez R. La preferencia en la elección de las especialidades médicas en el período 1982-1987. *Gaceta Sanitaria* 1988; 2: 276-80.

11. Gervas JJ. *El equipo CESCA (Madrid-España) y la enfermedad de Tomás*. Foro Mundial de la Salud, 1988 (en prensa).

12. Gervas JJ, Hernández Monsalve LM. Sobre el estado de ánimo de los médicos: etiopatogenia de la enfermedad de Tomás. *Profesión Médica* 1989; 1677: 6.

13. Mindzberg H. *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona: Ariel, 1984.

14. Reedy B. The helath team. En: *Trends in General Practice*. Londres: Royal College of General Practitioners, 1979: 111-41.

15. Gervas JJ, Pérez Fernández MM. Atención Primaria en Suecia. *Atención Primaria* 1988; 5: 389-94.

16. Fry J, Stephen J. Primary health care in the United Kingdom. *Internat J Health Serv* 1986; 16: 485-95.

17. Marinker M. General practice 2000. *J R Coll Gen Pract* 1986; 36: 247-48.

18. Tudor J. Necesitamos un nuevo tipo de médico de cabecera. *Atención Primaria* 1984; 1: 109-15.

19. Fry J. The place of primary care. En: *Trends*

in General Practice. London: Royal College of General Practitioners, 1979: 5-21.

20. Godt PJ. Confrontation, consent and corporatism: State strategies and the medical profession in France, Great Britain and West Germany. *J Health Politics, Policy, Law* 1987; 12: 459-80.

21. *Promoting better health. The Government's programme for improving primary health care*. London: Her Majesty's stationery office, 1987.

22. Gervas JJ, Pérez Fernández MM. Los GVA (Grupos de Visitas Ambulatorias). *Gaceta Sanitaria* 1988; 6: 165-69.

23. Pérez Fernández MM, López García G, García García E, Gervas JJ. Contenido y Organización de una consulta de enfermería. *Atención Primaria* 1988; 5: 272-76.

24. Gervas JJ, Burgo JL, Pérez Fernández MM. La historia clínica. En: Gervas JJ (ed.) *Los sistemas de registro en atención primaria de salud*. Madrid: Díaz de Santos, 1987: 25-75.

25. Neelon FA, Ellis GJ. *A syllabus of problem-oriented patient care*. Boston: Little, Brown, Co., 1974.

26. Gervas JJ, Pérez Fernández MM, García Sagredo P. Acerca de la Atención Primaria (forma de trabajo y características básicas de los registros). En: Gervas JJ (ed.) *Los sistemas de registro en atención primaria de salud*. Madrid: Díaz de Santos, 1987: 1-23.

27. Martínez B, Pérez Fernández MM, Cebeira G, Gervas JJ. La atención de los pacientes con enfermedades crónicas, invalidantes o terminales en Medicina General. Un estudio en tres Onas urbanas de Madrid. *Atención Primaria* 1986; 3: 71-76.

28. Gervas JJ. La atención primaria desde un hospital universitario. *Med Clin* 1988; 90: 416-19.

29. Gervas JJ, Pérez Fernández MM. El trabajo por problemas en atención primaria. *Medicina Familiar* 1988; 6/7: 68-72.

30. Muir Gray JA, Fowler G. *Essentials of preventive medicine*. Oxford: Backwell Scientific, 1984.

31. Gervas JJ, Escolano C, Pérez Fernández MM, García Sagredo P, Durán S. Los médicos y los farmacéuticos de cabecera. *El farmacéutico* 1987; 46: 61-64.

32. Llavana A. Sección de estudios farmacológicos y farmacología clínica. Asturias: experiencia de trabajo. *Clínica Rural. Atención Primaria en Vivo*. 1988 (en prensa)

33. Hurtado A, Pérez Fernández MM, Gervas JJ. La bibliografía de un proyecto de investigación. *Med Clin* 1986; 87: 483-85.

34. Grol R, Mesker P, Schilleris F. *Peer review in general practice*. Nijmegen: Nijmegen University, 1988.

