

Atención Primaria de Salud en Europa: tendencias a principios del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma Ata*

J. Gérvas

Médico general de Canencia de la Sierra. Madrid. España. Equipo CESCA. Madrid. España. Visiting Profesor, Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins. Baltimore. EE.UU.

La Atención Primaria recibió un empuje conceptual y dinámico con la declaración de Alma Ata, de la OMS y UNICEF, hace 25 años. Desde entonces muchas cosas han cambiado, y en este trabajo se hace una revisión en lo que respecta a Europa, con énfasis en los países de la Unión Europea. No basta con cubrir a toda la población, ni con descentralizar la gestión, pues se sigue cumpliendo la ley de cuidados inversos (más atención a quienes menos lo necesitan, lo que se acentúa al virar hacia el mercado los sistemas sanitarios) y se precisa que la Atención Primaria cobre el protagonismo necesario para atraer, incluso, a los políticos que la regulan. La figura del médico general sigue siendo central, aunque hay otros profesionales que se han integrado en el trabajo ambulatorio, con organizaciones y peculiaridades diversas en los distintos países europeos, sin fundamento científico que justifique la mayoría de las diferencias. El desarrollo de nuevos medicamentos y tecnologías, especialmente en torno a la genética, hace cada día más importante la labor de filtro del médico general y su trabajo en prevención cuaternaria (para evitar los excesos de la prevención y del diagnóstico y del tratamiento). Los nuevos usos y posibilidades de la electrónica plantean, al tiempo, soluciones y problemas (sobre la confidencialidad de los datos) que exigen del médico general nuevas habilidades y un renovado compromiso ético con los pacientes.

Palabras clave: Atención Primaria, Europa, Alma Ata.

Primary Health Care received a conceptual and dynamic trust with the declaration of Alma Ata of the WHO and UNICEF 25 years ago. Since then, many things have changed. This paper makes a review of that regarding Europe, with emphasis on the countries of the European Union. It is not sufficient to cover all the population or to decentralize management, since the law of inverse cares continues to be fulfilled (more attention to those who need it the least, which is increased when the health care systems are turned towards the market) and it is necessary for Primary Health Care to obtain the necessary importance to even attract the politicians who regulate it. The figure of the general physician continues to be central, although there are other professionals who have been integrated in the out-patient work, with diverse organizations and characteristics in the different European countries, without a scientific foundation that justifies most of the differences. Development of new drugs and technologies, especially in regards to genetics, makes the filtering work of the general physician and his work in quaternary prevention more important every day (to avoid excesses of prevention and of diagnosis and treatment). The new uses and possibilities of electronic devices pose, at the same time, solutions and problems (on the confidentiality of the data) that require new skills from the general physician and a renewed ethical commitment with the patients.

Key words: Primary Health Care, Europe, Alma Ata.

Correspondencia: J. Gérvas Camacho.
Equipo CESCA.
C/ Travesía de la Playa, 3.
28730 Buitrago de Lozoya. Madrid.
Correo electrónico: jgervasc@meditex.es

*Se presentó una versión inicial de este texto en Brasilia (Brasil), en el curso del Seminario Internacional sobre Cuidados Básicos de Salud, organizado por la OMS-UNICEF con motivo de la celebración de los XXV años de la Declaración de Alma Ata.

INTRODUCCIÓN

“Veinte años no es nada”...dice el tango. Puede ser, pero en 25 años la vida cambia. La Declaración de Alma Ata cumple 25 años. ¿Qué ha cambiado desde entonces y adónde va Europa? Cambia la vida personal (ahora mismo yo tengo ya 55 años y, además de los cuatro hijos varones, tres nueras y seis nietos) y cambia la vida de los pueblos y naciones (ahora la Unión Europea está a punto de ampliarse

para incluir varios países que hace 25 años todavía pertenecían a la llamada “Europa del Este”). Incluso Alma Ata ha “cambiado” y no es ya una ciudad de la URSS sino de Kazakistán. Y en Brasil tenemos ahora a un nuevo Presidente, Lula da Silva, del Partido de los Trabajadores, en lugar de una dictadura.

Nunca vi Alma Ata. Lo digo con el sentimiento con que Paco Ibáñez, cantautor español, ponía música a la *Balada del que nunca fue a Granada*, del poeta Rafael Alberti, también español (y lo cantaba en el *Olympia*, en París, en un concierto memorable, el 2 de diciembre de 1969, cuando en España la dictadura ennegrecía las almas y el ambiente). “*Nunca vi Granada*”, escribió el poeta en su *Balada*, dolorido en el exilio, pero pudo verla tras la muerte del dictador, en 1975. En 1978 se sometió a referéndum la nueva Constitución democrática española, mientras en América Latina seguía la noche de las dictaduras, aliadas en una temible Operación Cóndor, apoyada por EE.UU. Y en 1978 la Declaración de Alma Ata, promovida por la OMS y la UNICEF, estableció la Atención Primaria de Salud (APS) como fundamento científico y lógico de los servicios sanitarios. Era una luz en un tiempo negro. Hoy persisten las guerras y situaciones injustas, como la ocupación de Irak, pero también hay luces. Un buen ejemplo, la solidaridad social en Europa. La Unión Europea nació como una unión aduanera, pero es ahora una región solidaria en la que gran parte del presupuesto se dedica a la transferencia de fondos para promover el desarrollo de las regiones pobres. Por ejemplo, a la zona de alta montaña en la que ejerzo de médico rural, a 75 km al norte de Madrid, que ahora se llama Sierra Norte, y antes Sierra Pobre, donde se ha logrado el milagro de conservar y acrecentar la población, y de conseguir la inserción de jóvenes nacionales criados en las urbes (los “neo-rurales”) y de inmigrantes de todo el mundo a través de una inteligente política con proyectos de desarrollo sostenible y respetuosos con el medio ambiente, en gran parte financiados por la Unión Europea. Naturalmente, ser una región pobre en Europa es cuestión relativa y cambiante, y se producen reajustes de la definición (y de la recepción de ayudas prioritarias para el desarrollo) según se mejora la propia región, o por cambios en el contexto europeo (por ejemplo, la próxima ampliación de la Unión Europea al Este de Europa hará que muchas regiones españolas dejen de recibir ayudas prioritarias, pues no serán ya “pobres” en relación con la media y por comparación con las nuevas regiones “más pobres” de Europa del Este).

Europa, geografía física y humana

Europa fue la cuna de las civilizaciones griega y romana, y potencia colonial en África, América y Asia a lo largo de los últimos cinco siglos. Hoy, en 2003, a 25 años de Alma Ata, Europa es:

1) Una potencia económica, la Unión Europea, con 15 países, algo más de tres millones de kilómetros cuadrados y 381 millones de habitantes, compuesta por Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Portugal, Reino Unido y Suecia.

2) Un conjunto de diez países que se integrarán de inmediato en la misma, en mayo de 2004, para formar la Unión Europea “ampliada” (con 25 países, casi cuatro millones de kilómetros cuadrados y 446 millones de habitantes); son: Chipre, Eslovaquia, Eslovenia, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Malta, Polonia y República Checa.

3) Otros países que están en espera del ingreso (Bulgaria, Rumania y Turquía).

4) Algunos que maduran (Albania, Croacia, Macedonia, Rusia y otros).

5) Los países que han rechazado o no desean integrarse por ahora (Islandia, Noruega y Suiza).

Para simplificar, en lo sucesivo al hablar de Europa me referiré básicamente a la Unión Europea “ampliada”, de 25 países.

Si el nivel medio de riqueza de la Unión Europea es el de Alemania, la mayoría de los países son más ricos (en orden progresivo de riqueza: Finlandia, Suecia, Francia, Reino Unido, Bélgica, Austria, Holanda, Dinamarca, Irlanda y Luxemburgo) y sólo son más pobres España, Grecia y Portugal. Los diez nuevos miembros de la ampliación son más pobres que los de la Unión de los 15 (sobre una media de 100 de ésta, el producto interior bruto (PIB) por habitante en paridad de poder de compra es de 47 para el conjunto de los nuevos miembros de la Unión Europea “ampliada”).

Desde el exterior, puede identificarse a la Unión Europea con su moneda, el euro, pero tres países de la Unión no se han integrado por ahora en “el área del euro”: Dinamarca, Reino Unido y Suecia. Dinamarca mantiene una paridad fija con el euro, lo que hace que su rechazo a la moneda europea sea más sentimental, mantener en la calle la corona danesa, que real, mantener una política monetaria independiente. Entre los países que se integrarán en mayo de 2004, sólo Eslovenia mantiene una paridad fija del euro con su moneda, el tólar; se supone que todos ellos se irán incorporando progresivamente “al área del euro”.

Los Servicios Sanitarios en Europa se caracterizan por su universalidad (la cobertura de la población es del 100%) y por su financiación mayoritariamente pública (de media, es público el 75% del gasto total sanitario). En muchos casos la atención es gratis en el punto de prestación del servicio (como en España y el Reino Unido), pero en otros existe co-pago para la atención médica (Finlandia y Suecia, por ejemplo), o hay un sistema de reembolso (como en Bélgica y Francia). En el “*Proyecto de Tratado por el que se instituye una Constitución para Europa*”, en discusión para su posterior referéndum, en su Artículo II 35, titulado *Protección de la Salud* se establece que: “Toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas sanitarias. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana”. La atención, promoción y protección de la salud se constituyen así en un derecho fundamental para todos los europeos. Nótese que no se habla del “derecho a la salud” (derecho imposible ya que la salud es un estado consustancial a la persona que todos perderemos algún día, al menos, para

morir) ni de “ciudadanos europeos” (el derecho a la atención y promoción de la salud se asegura, pues, a toda la población, a todos los habitantes, con independencia de sus *status* legal).

La atención sanitaria se complementa con un sistema de *Seguridad Social* y *Ayuda Social* que permite la protección en casos como “la maternidad, la enfermedad, los accidentes laborales, la dependencia o la vejez” (Artículo II 34 del *Proyecto de Tratado* citado). En la práctica supone, por ejemplo, una pensión no contributiva a ancianos que no tienen derecho a ninguna pensión, o un salario de subsistencia a pobres (de unos 300 euros mensuales mínimos cuando el hogar es unipersonal), en España, en 2003 (tén-gase en cuenta que España es, con Irlanda, el país de la Unión Europea con menor gasto social; España gasta el 20% del PIB en protección social frente al 27% de la media europea).

Los Servicios Sanitarios en Europa están en continua evolución, y tratan de dar respuesta a las necesidades de la población, con una media de 3,3 médicos activos por 1.000 habitantes, y un gasto sanitario anual medio por habitante de unos 2.000 euros. La población europea se caracteriza por su envejecimiento (más del 16% mayor de 65 años) y su educación formal. Tiene gran dependencia del Sistema Sanitario y de sus productos (los franceses por ejemplo, son fantásticos consumidores de psicofármacos, y los españoles de antibióticos), y como aquellos que tienen todo, la población europea dice tener poca salud. La fertilidad es muy baja, mínima en España (1,12), con aumento en los países con una fuerte política de ayuda a la natalidad, como Finlandia, Francia y Suecia. El aborto es un derecho legalmente reconocido, y está incluido entre las prestaciones sanitarias gratuitas (con alguna excepción en discusión, como en Irlanda). La familia está cambiando, es cada vez de menor tamaño, y hay nuevas formas reconocidas, como la unión entre homosexuales con derecho de adopción. Cada vez son más los hogares con un solo miembro; en España, en el censo de 2001, el 21% de los hogares tenía un solo miembro; en un estudio comparado (Eurostat) de 2002, los hogares unipersonales eran el 36% en Alemania y el 32% en Holanda (en este estudio, el 15% en España). No son sólo hogares de ancianas viudas, sino mayoritariamente de jóvenes profesionales solteros que deciden vivir solos y no tener familia. Los inmigrantes contribuyen cada vez más al crecimiento demográfico europeo, y a mantener su actividad industrial y comercial (además, hay grupos específicos, como las mujeres que inmigran para casarse con europeos, las mujeres que vienen para dedicarse a la prostitución, a veces sin saberlo en origen, los titulados superiores que contribuyen a la fuga de cerebros en sus países, y los deportistas que consiguen medallas para Europa). Los inmigrantes proceden de las ex-colonias de África (Marruecos, Argelia y otros países), de América (Ecuador y otros), de Asia (India, China y otros), y de la propia Europa (Rusia, Ucrania y otros). La política de inmigración no es perfecta, pero por comparación con la de EE.UU. es muy generosa y busca la integración. Por ejemplo, en Suecia la cita con el mé-

dico de una persona que no habla el sueco se hace simultáneamente con un traductor, por cuenta del sistema sanitario; en otro ejemplo, en España los inmigrantes se empadronan sin que se les pueda requerir por Ley documentación alguna acerca de la legalidad de su *status* y ese trámite les abre las puertas para la atención plena por el Sistema Sanitario, con los mismos derechos que los ciudadanos españoles (también abre la puerta al Sistema Educativo, gratis en el sistema público desde la Casa de Niños [guarderías] para recién nacidos, hasta los 16 años de edad). La atención a los inmigrantes exige flexibilidad, para comprender otras culturas de la salud y de la enfermedad, y otras expectativas acerca de lo que ofrece el Sistema Sanitario. Los inmigrantes no pueden votar hasta que no se nacionalizan, por ahora. Los ciudadanos de un país de la Unión tienen los mismos derechos en todos los países de la misma, incluso el derecho a votar en las elecciones municipales en el lugar de su residencia habitual, aunque sea en otro país (la tendencia es a permitir la votación en las elecciones nacionales de los residentes de cualquier nacionalidad de la Unión). En Europa existe un salario mínimo mensual interprofesional que va, en 2003, de los 1.369 euros en Luxemburgo a los 416 en Portugal (526 en España, 1.257 en Holanda, 1.073 en Irlanda y 1.175 en Bélgica, por ejemplo).

Algunas cuestiones clave

El médico general

La APS se basa en Europa en los servicios que presta el médico general/de familia, del que suele haber uno por cada 1.500 habitantes/2.000 habitantes (hay menos habitantes por médico en Bélgica, y más en Holanda). La tendencia es a disminuir el número de habitantes por médico general, aunque nadie ha demostrado que a menos pacientes (entre los 1.500 y los 3.000) haya mejor atención o mejor salud, y algunos estudios permiten sugerir lo contrario, especialmente si el mayor número de pacientes por médico se compensa con mayor personal auxiliar (enfermeras y administrativos) y mejor uso de la potencia de las nuevas tecnologías. Los nombres de médico general y de familia son intercambiables en Europa; por ejemplo, en España suele ser médico de familia, por influencia de los EE.UU.; en el Reino Unido es médico general, como en Dinamarca y Holanda (no deja de ser irónico el nombre de una especialidad, “de familia”, que asume el de una institución social en trance de desaparecer, o de cambiar drásticamente, como ya he señalado). La Unión Europea exige tres años de especialización para ser médico general, con tendencia a incrementarse a cinco. En los países del Este de Europa que se integrarán en la Unión Europea se han desarrollado cursos específicos de especialización para promover la figura del médico general, y se ha adoptado la legislación correspondiente (“*transpuesto*”, en la jerga administrativa europea). Hay cátedras de Medicina General en casi todos los países europeos, aunque la implantación es más lenta en algunos, como España, Francia e Italia. La titulación de médico general se reconoce en toda la Unión, lo que facilita la movilidad de los sanitarios; en la actualidad, por

ejemplo, son muchos los médicos generales españoles que trabajan en países con déficit de profesionales, como Portugal, Reino Unido y Suecia (y es frecuente encontrar médicos generales alemanes, ingleses y holandeses en zonas de migración temporal o definitiva de pensionistas y de turistas, en el entorno del Mediterráneo).

Los equipos de Atención Primaria

En general, la tendencia en Europa es potenciar la cooperación interprofesional en APS, con equipos formales de médicos y enfermeras, y otros profesionales como dentistas y trabajadores sociales, en los países en los que los centros de salud son de propiedad pública y los trabajadores están asalariados (España, Finlandia, Grecia [rural], Portugal, y Suecia). Desde luego, no asegura el trabajo en equipo el mero hecho de trabajar juntos, o el decretar la existencia de un equipo por Ley, sobre todo cuando se reúnen más de diez profesionales.

Respecto a la salud de la población, carecemos de estudios que demuestren la mejor forma de organización del trabajo en Atención Primaria, la mejor forma de adaptar la organización a las distintas poblaciones (y a la misma población a lo largo de su historia), la mejor forma de pago, y la mejor composición, en variedad y cantidad absoluta y proporcional de profesionales. Pocas decisiones políticas tienen fundamento científico, pero conviene dejar claro, pues, que esta tendencia a introducir y fomentar los equipos de Atención Primaria es una opción política sin fundamento científico, aunque ha sido fuertemente apoyada por la OMS, que ha utilizado el ejemplo de Finlandia y sus macro-centros de salud (con cien y más trabajadores). Lamentablemente, los centros de salud de Finlandia se caracterizan por ofrecer una atención despersonalizada, tan impopular que ha llevado al desarrollo del programa "médico personal", para intentar paliarla. Por otra parte, los equipos facilitan la existencia de vagos y maleantes que se aprovechan del grupo (llegan tarde, se van temprano y toman café, mucho café), bien equipados de una retórica incendiaria con la que confunden a los miembros honrados y trabajadores del equipo al transformar las reuniones del mismo en asambleas políticas. Así, no es raro mezclar, para lograr no hacer nada, las obligaciones y deberes de la APS con los de la salud comunitaria, la salud pública y la política sanitaria (todo sirve con tal de no atender las obligaciones clínicas diarias). Los buenos profesionales acaban hastiados, pierden la autoestima y realizan un trabajo de baja calidad, y el conjunto del equipo adquiere una *cultura de la queja* que exime de responsabilidad personal, pues alguien externo es siempre el culpable de su mala práctica (generalmente los gestores y políticos sanitarios; a veces, incluso, los propios pacientes con su *demanda insaciable*). En dicha *cultura de la queja* se enfatizan los problemas y se minimizan las soluciones.

El médico general como profesional independiente.

¿Tiene ventajas?

Hay países en los que los médicos generales son profesionales independientes, que contratan con el servicio sanita-

rio (Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, Eslovenia, Francia, Holanda, Italia y Reino Unido, entre otros). Cuando los médicos generales son profesionales independientes suelen trabajar solos o en pequeños equipos, de dos o tres médicos. En este último caso, los equipos trabajan en centros de salud que pertenecen a los propios médicos, quienes también contratan al personal administrativo y a las enfermeras. Los pocos estudios que han comparado el trabajo de los médicos en solitario con los médicos en grupo no son concluyentes, pero hay escasas ventajas de los equipos, y la población siempre ha expresado en dichos estudios su preferencia por los primeros y por los equipos muy pequeños donde se conserva la relación personal. Con respecto a los equipos de Atención Primaria, no hay conocimiento científico sólido acerca de las ventajas del médico profesional independiente respecto al asalariado. En un estudio en el que se comparó el contenido del trabajo del médico general en 21 países europeos sólo se demostró que los médicos profesionales independientes se hacen cargo del tratamiento de más enfermedades que los médicos asalariados; respecto a la comparación entre médicos con trabajo en solitario y médicos en grupo (o centros de salud) no se encontró ninguna diferencia. Es, pues, una cuestión sanitaria clave sobre la que discutimos en el *limbo de las creencias*. Lo único demostrado es que el paso del pago por salario al pago por acto o por capitación conlleva el aumento de horas de trabajo y de la accesibilidad a los pacientes; es decir, el médico general pasa a ofrecer más horas, citas más convenientes, y más acceso telefónico. Nos falta investigación teórica y práctica, al menos acerca de 1) la APS en general, 2) enfermedades (en particular sobre su historia natural y la co-morbilidad), 3) pacientes (y familiares), 4) el rol de los distintos profesionales (contenido, límites, forma de pago, forma de organización, *status*) y 5) la interacción de la APS con los especialistas, la salud pública y otros servicios. Así, no podemos fundamentar científicamente las ventajas e inconvenientes de las distintas formas de organizar los servicios de APS. En parte la culpa es de los médicos generales que han aceptado, y aceptan, la *dicotomía entre investigación clínica y atención clínica*, con lo que no se investigan las cuestiones relevantes, sino las fáciles (a las que se aplican cómodamente los métodos ortodoxos) o del interés de los propios investigadores y financiadores.

Los farmacéuticos y las farmacias

Los farmacéuticos comunitarios no tienen especialización y son profesionales independientes, en general (en Suecia, excepcionalmente, están asalariados y trabajan en los centros de salud).

Respecto a su forma de trabajo, suelen hacerlo en farmacias de su propiedad, donde dispensan medicamentos con y sin receta, y donde venden diversos elementos de parafarmacia (término que no llega a las patatas y clavos, como en algunas farmacias de EE.UU., pero que es muy flexible e incluye productos de perfumería y hasta juguetes para niños). La tendencia es a una mayor implicación clínica, según el modelo de la atención farmacéutica. Aun-

que admitido con entusiasmo por los farmacéuticos (y con recelo por los médicos y algunos economistas, entre los que no me encuentro), falta conocimiento científico que sustente dicho modelo, sobre todo en lo que respecta a su impacto en la salud de la población, su forma de pago, y su entronque con el resto de la atención sanitaria. Por ahora es un movimiento minoritario con fuerza en España, Holanda y el Reino Unido. Además, hay farmacéuticos asalariados en las gerencias de APS cuyo trabajo se orienta a la asesoría de gerentes y médicos clínicos, pero se carece de estudios acerca de su eficacia. Por otra parte, existe la tendencia a la conversión de la farmacia en una pieza más del entramado de grandes cadenas de distribución de medicamentos.

Los medicamentos y la tecnología médica

La prescripción farmacéutica suele acompañarse de un copago por parte del paciente, variable según el país, la población y el fármaco (las medicinas suelen ser gratis, o casi, para los pensionistas y para los enfermos crónicos y otros, como tuberculosos). Existe un mecanismo conjunto de introducción de nuevos fármacos y basta su aprobación en un país de la Unión para que se autorice su comercialización en los demás. El mecanismo no parece muy eficaz, pues en 2001 el 70% de los nuevos medicamentos aprobados “no aporta nada nuevo”, según la valoración independiente de los boletines técnicos de evaluación (sería, quizá, más efectivo seguir los mecanismos reguladores de Australia y Noruega, muy útiles para controlar la introducción de novedades en el mercado farmacéutico). A recomendar, como mejor revista de evaluación de medicamentos, la francesa *Revue Prescrire*, con versión también en inglés.

En Europa no está permitida la publicidad a la población general de los medicamentos que exigen receta médica para su dispensación. Pero la tendencia es a ampliar la gama de medicamentos “sin receta” (*over the counter OTC*), por la presión de la economía de mercado y la filosofía liberal de “la soberanía del consumidor”. El efecto de esta tendencia es, no cabe duda, una privatización encubierta, pues se traslada mayor gasto farmacéutico al bolsillo del ciudadano. La Unión Europea parece tan débil frente a la potencia arrolladora de la industria farmacéutica y de tecnología médica como el resto de los países del mundo. Hasta cierto punto, parece que los Servicios Sanitarios trabajan para dichas industrias, y no al revés, con lo que se cierra el círculo que comienza transformando a los pacientes en el combustible del sistema sanitario y lleva al contacto con la población (el proceso de atención sanitaria) para dar trabajo a los profesionales y beneficios a los industriales del ramo. Las distintas agencias de evaluación de tecnología, de fármacos y otras, producen elegantes y fundados informes con poco impacto en el mundo real. Sirvan de ejemplo, además del ya citado escaso valor de los nuevos medicamentos, 1) la proliferación indiscriminada de la nueva tecnología de la imagen, como la tomografía axial computarizada (TAC) (el ya popular *scanner*) y la resonancia magnética nuclear (RMN), según criterios que responden más a los intereses industriales y profesio-

nales que a necesidades de la población y 2) el “descubrimiento” de nuevas enfermedades (al menos el nuevo ímpetu de su diagnóstico, con un sorprendente y brusco aumento de su prevalencia) cuando se comercializa un nuevo medicamento; así, la impotencia coeundi (convenientemente rebautizada como *disfunción eréctil*) tras la introducción del *sildenafil*, sirve para justificar su prescripción. La *revolución* que hoy permitirían las nuevas tecnologías se queda en persistente *expectación*, pues muchas veces prevalecen los intereses de los profesionales sobre los de la población. El poder de los médicos es mucho, y logran evitar el uso eficiente de los nuevos recursos tecnológicos como demuestran, por ejemplo, 1) la falta de difusión del autocontrol de la coagulación en los pacientes anticoagulados, cada vez en mayor número, y a los que los hematólogos y médicos generales siguen negando autonomía y 2) la falta de difusión en APS del diagnóstico precoz de la retinopatía diabética mediante el examen del fondo del ojo con la fotografía digital, para beneficio de los oftalmólogos, a los que tienen que acudir anual y rutinariamente los pacientes. Por último, respecto a las industrias farmacéutica y tecnológica, sólo cabe añadir que han “abducido” a muchos médicos (y en un cierto grado creciente, a las enfermeras y los farmacéuticos) y han logrado que sean dependientes de ellas para todo: 1) mantenerse al día (formación del internado y continuada; y hasta formación de pregrado; por ejemplo, la primera cátedra de Atención Primaria en la Universidad, en España, se llama “Cátedra Novartis”), 2) para el normal funcionamiento de sus asociaciones profesionales y el desarrollo de sus trabajos científicos, con congresos que sirven de escándalo a la población y a la prensa diaria, 3) hasta para las “actividades de la vida diaria”, desde comidas a diversiones (incluso las de los hijos). De todo habla, y ha hablado, con valentía el *British Medical Journal*. No es extraño que seamos minoría los médicos que no recibimos a los representantes (delegados) de la industria farmacéutica; en España probablemente en torno al uno por mil; en el Reino Unido, el 10% de los médicos generales; en Francia menos, pero bien organizados en un club alrededor de la citada *Revue Prescrire*.

Tenemos en Europa una potentísima industria del medicamento y de la tecnología médica, que conviene cuidar y conservar, pero necesitamos nuevas reglas que pongan en su lugar lo que nunca debería haber dejado de ser una relación transparente y correcta.

El rol de la enfermería

Las enfermeras se han incorporado a la APS fundamentalmente a través de los equipos en los centros de salud públicos. Hay también enfermeras comunitarias, independientes de los centros de salud, por ejemplo, en Dinamarca y el Reino Unido, que se dedican básicamente al trabajo a domicilio. Las matronas tienen actividad independiente y gran reconocimiento social en Holanda. Los médicos profesionales independientes contratan a enfermeras cuando se les incentiva para ello, como en el Reino Unido; en otros casos, el médico general prefiere trabajar solo, o con médicos, y contratar otro personal auxiliar, co-

mo en Austria, Alemania, Bélgica, y Francia. La tendencia es a dar mayor autonomía a las enfermeras, como dispensación de un formulario básico en el Reino Unido, implantación y control del DIU en Suecia, o consultas de atención a pacientes crónicos según protocolos en España. Sobre todo ello hay poco conocimiento científico y escasas evaluaciones, lo que dificulta la toma de decisiones racionales con un grupo profesional hipersensible a las críticas. Además, la plétora de médicos y la escasez relativa de enfermeras lleva a la competencia y al mantenimiento por aquellos de una población *cautiva*, como sucede, por ejemplo, con las embarazadas y respecto a las matronas, que están perdiendo trabajo en favor de los ginecólogos y tocólogos, aunque sea precisamente en un campo en el que haya conocimiento científico que demuestra mejor resultado en salud para la madre y el recién nacido si les atiende una matrona o un médico general. Así, con la notable excepción de Holanda, los partos suelen ser en hospitales y estar fuertemente medicalizados, como el embarazo, en contra de la lógica y la ciencia. Por ejemplo, entre lo inútil y a veces peligroso: 1) el uso irracional del ácido fólico (más allá del período peri-concepcional) y de los suplementos sistemáticos de hierro en el embarazo, 2) la realización rutinaria en el embarazo de ecografías de cribaje, 3) la prueba de sobrecarga de glucosa para el cribaje de la diabetes gestacional, 4) la monitorización fetal en el parto, 5) la episiotomía preventiva de los desgarros perineales, 6) analgesia epidural sistemática, 7) la cesárea en más del 10% de los partos y 8) el legrado rutinario tras aborto espontáneo, y otras muchas actividades “preventivas” y terapéuticas. Todas esas actividades suelen implicar al médico, no a la matrona, quien pierde gran parte de su rol sin que la paciente gane nada en salud, al contrario.

Financiación

La atención sanitaria se asegura para la totalidad de la población europea, bien por un Sistema Nacional de Salud (SNS), financiado fundamentalmente de los impuestos generales (sirven de ejemplo Dinamarca, España, Finlandia, Italia, Portugal, el Reino Unido y Suecia), bien por un Sistema de Seguridad Social (SSS), financiado fundamentalmente por los impuestos pagados por trabajadores y empresarios; sirven de ejemplo Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Hungría y Polonia). La financiación mediante impuestos de los SNS es, al menos en teoría, más justa y progresiva que la financiación desde los salarios de los SSS, pues en el primer caso los impuestos directos suelen cargar más en los más ricos, mientras que los gastos anejos a los salarios se suelen trasladar a bienes y servicios y los pagan los usuarios y consumidores, con independencia de su nivel de renta (se convierten, de hecho, en un impuesto indirecto).

Varios países, como España y Portugal, han pasado de un SSS a un SNS, como expresión democrática de anhelo de justicia social. Otros, como los países de Europa del Este, han caminado en cierta forma la revés, hacia SSS, 1) aconsejados por el Banco Mundial, 2) espoleados por el rechazo al financiamiento público del modelo previo (el so-

viético, de Semashko) y 3) cegados por el ejemplo de la opulenta Alemania (a la que no ven enfangada en reformas imprescindibles e impopulares, como las de la Agenda 2000).

Ley de cuidados inversos

Ya he señalado que la cobertura incluye incluso a los inmigrantes en situación irregular o ilegal, para urgencias, embarazo y parto y para la atención general, con variaciones según los países (como se ha dicho, por ejemplo, en España se exige estar empadronado, y el empadronamiento no depende de la legalidad de la estancia en el país). El derecho al uso no asegura su utilización en la práctica y, así, en toda Europa se sigue cumpliendo, con menos crueldad que en otros países sin solidaridad social, la “ley de cuidados inversos” que dice que “quienes reciben menos cuidados sanitarios son los que lo necesitan más, y esta desigualdad es mayor cuanto más se oriente al mercado el Sistema Sanitario”. Este grupo marginado, que aun teniendo derecho al uso de los servicios sanitarios no los utiliza, se compone básicamente de pobres, ancianos en soledad, putas, vagabundos, drogadictos e inmigrantes en la ilegalidad.

La asignación de una población definida a la APS permite localizar a la población no utilizadora (por resta entre la población asignada y la utilizadora), al menos en teoría, y la búsqueda activa de los que necesitan más cuidados para revertir la “ley de cuidados inversos”.

En Europa tienen una población definida los médicos funcionarios que trabajan en los centros de salud públicos, pues hay una asignación geográfica y/o capítativa (sirva de ejemplo de esta última doble opción España, y Finlandia de la asignación puramente geográfica), y los médicos profesionales independientes con *lista de pacientes* y remuneración *per capita* (en Dinamarca, Eslovenia, Holanda, Irlanda, Italia y el Reino Unido).

Prevención cuaternaria y gatekeeping

El acceso al sistema sanitario es a través de la APS en los países con SNS, donde los médicos generales son filtro (*gatekeeper*) para la atención especializada (con la excepción de Suecia). Así, tienen función de filtro los médicos generales de Dinamarca, España, Holanda, Irlanda, Italia, Portugal y el Reino Unido, países en los que el médico general tiene una *lista de pacientes*, y habitualmente un cobro *per capita*, aunque sólo sea un pequeño porcentaje del total (a este respecto, la excepción es Portugal). En los países con SSS los pacientes tienen acceso directo a los especialistas ambulatorios (Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Hungría, Luxemburgo, República Checa y otros, con las excepciones de Holanda y Eslovenia, donde el médico general es filtro). En los países con SSS, en la práctica, las clases bajas, los ancianos, los inmigrantes y los pacientes crónicos suelen utilizar los servicios de los médicos generales y las clases media y alta, los de los especialistas. El trabajo del médico general como filtro, en los países con SNS (ya listados) y en Holanda y Eslovenia, no tiene el objetivo del control del gasto que se destaca en los EE.UU. cuando lo

utilizan algunas organizaciones de *managed care*. El médico general filtro defiende a sus pacientes de los abusos y peligros de la atención especializada, que no son pocos (se calcula que los errores médicos son la tercera causa de mortalidad, en EE.UU., lo que da idea, al menos, de la brutalidad que conllevan los cuidados médicos; por supuesto, no sólo yerran los especialistas, pero ellos son mucho más agresivos con sus técnicas diagnósticas y terapéuticas). Es decir, el médico general filtro bien formado trabaja por la *prevención cuaternaria*, siendo la *prevención cuaternaria* el trabajo médico encaminado a evitar el encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con los pacientes. La *prevención cuaternaria*, pues, aminora, disminuye o evita la intervención médica mórbida, exacerbada e inútil. Por ejemplo, una buena *prevención cuaternaria* conllevaría que el dolor lumbar no “cristalizara” y llevara a baja laboral e incapacidad permanente, por la intervención médica innecesaria diagnóstica y terapéutica (hasta el 20% de las hernias discales desaparecen espontáneamente, y no hay relación alguna entre la hernia y el dolor). La *prevención cuaternaria* lleva aneja una *ética del “basta ya”*, fundamental, por ejemplo, para no perder la sensación de que la Medicina es limitada, y no ofrecer milagros laicos como se ofrecen con heroicas quimioterapias que conllevan la muerte sin dignidad. Quizá por la APS fuerte que implica tener una población asignada, los resultados en salud son mejores en Dinamarca, España, Finlandia, Holanda, Italia, el Reino Unido y Suecia que en Alemania, Bélgica, Francia y Suiza (nótese que estos últimos cuatro países son de los más ricos del mundo, y de los que mayor gasto sanitario hacen). La población asignada y la función de filtro permiten, al menos en teoría, una APS fuerte que ayuda a: 1) revertir “la ley de cuidados inversos”, 2) proteger a los pacientes a través de la *prevención cuaternaria*, 3) encadenar apropiadamente el alto *valor predictivo negativo* de los médicos generales al alto *valor predictivo positivo* de los especialistas, 4) limitar las posibles *cascadas* diagnósticas y terapéuticas innecesarias al derivar apropiadamente al especialista (acepto que el médico general deriva al especialista con mejor criterio que el propio paciente cuando tiene acceso directo al mismo, como demuestran diversos estudios), 5) impedir o atenuar la “dependencia” que generan los especialistas (los pacientes llegan a establecer una relación sadomasoquista con los especialistas, en la que las pruebas, por más dolorosas e incómodas que sean ayudan a reforzar dicha “dependencia”, con citas y re-citas de por vida) y 6) asegurar la distribución geográfica homogénea de los médicos generales (con el acceso consiguiente a sus servicios regulares en las áreas rurales). Además, según el estudio citado sobre el contenido del trabajo de los médicos generales en 21 países europeos, los médicos con función de filtro, *lista de paciente* y *pago per capita* ofrecen atención más integral (cuidado de mayor variedad de problemas de salud) que los médicos generales sin función de filtro. Como ya comenté, los médicos profesionales independientes se hacen cargo del tratamiento de más enfermedades que los médicos asalariados (que trabajan en centros de salud que no les pertenecen, pues son de

propiedad pública). ¿En qué medida contribuye todo ello a una mejor salud de la población? No lo sabemos bien, pero los estudios ecológicos confirman la asociación entre mejor salud de la población y una APS fuerte.

¿Cómo se llama su médico de cabecera?

Los conceptos de *gatekeeping* (el médico general como filtro) y de *prevención cuaternaria* no se aceptan por muchos políticos europeos, ni por la *clase dirigente*, y así se arbitran excepciones múltiples en los países en los que el médico general actúa de filtro que permiten el libre acceso a los especialistas, además del lógico para urgencias y accidentes graves, para 1) ciertas enfermedades (el sida en el Reino Unido, y enfermedades y accidentes laborales en muchos países), 2) para ciertas edades (el pediatra para los niños en España, que actúa como una especie de médico general de niños en las áreas urbanas) y 3) cierta población: a) las mujeres al ginecólogo y al tocólogo, en muchos países, b) las clases altas, que se desvinculan del Sistema Sanitario general cuando aceptan co-pagos especiales, en Dinamarca, Holanda e Irlanda, c) los funcionarios públicos a los que se les ofrece la posibilidad de elegir el Sistema Sanitario general o el libre acceso a especialistas privados, como en España, d) los políticos, en muchos países, cuyos Parlamentos ofrecen generosas pólizas de atención privada a sus miembros (también para los parlamentarios del Parlamento Europeo) y e) trabajadores de grandes empresas, que contratan la prestación de servicios privados y negocian la exacción de la parte proporcional de la Seguridad Social. En Nueva Zelanda se pregunta a los médicos generales por el nombre de su médico general, entre el conjunto con el que se evalúa la calidad de los servicios que prestan, pues sería difícil que fueran buenos médicos generales si no demostrasen que creen en ello teniendo un médico de cabecera (llamamos popularmente médico de cabecera en España al médico general, que “está a la cabecera de la cama del paciente, en su casa”). Nuestros políticos no suelen tener médico de cabecera, pues acuden directamente a los especialistas privados, o si acaso a los hospitales públicos con alta tecnología (muchas veces en Europa los hospitales públicos tienen mayor y mejor dotación humana y material que los hospitales privados, que sólo les suelen superar en “servicios hoteleros”), y lo mismo sucede con los miembros de la clase alta (si es que se puede distinguir a los unos de los otros). Si no tienen médico de cabecera ni utilizan los servicios públicos de la APS, ¿creen en ella los políticos que defienden en público las virtudes de la APS, o lo hacen “por exigencias del guión”? (como dicen las actrices españolas cuando se desnudan o pasan a mayores en una película). Ni los políticos ni los miembros de las clases alta y media-alta vienen a nuestras muy humildes salas de espera de la APS pública, pues en último término tienen poder económico para contratar con empresas privadas su atención médica y evitar el contacto con “la gente” (los ancianos, los pacientes crónicos, los trabajadores manuales, los inmigrantes, los pobres y, en fin, las clases baja y media-baja en general). Como consecuencia, la clase alta europea accede más a los servicios de

los especialistas, y existe preocupación política y científica acerca de esta *inequidad en el acceso a los cuidados especializados* en el buen supuesto de que ello es superior y positivo, pues se acepta que aporta ventaja a la salud de ese sector de población. En mi opinión, y hay conocimiento científico al respecto, el mayor acceso de la clase alta a la atención especializada contribuye decididamente a un mayor encarnizamiento diagnóstico y terapéutico, y a disminuir la exagerada brecha que separa la salud de los ricos de la de los pobres (por efecto de la riqueza, bienestar y educación formal que conlleva el ser rico). Sin querer, los especialistas actúan de verdugos. Ironías de la Medicina del siglo XXI, “*que da de más y no respeta el principio fundamental del primun non nocere*”. Cuando los médicos generales no actuamos de filtro, los pacientes acuden innecesariamente a los especialistas (para atención preventiva, el cribaje o *screening*, o para atención curativa) sin que nadie les ofrezca *prevención cuaternaria*. Son, por ejemplo, los muy inútiles “chequeos” anuales ginecológicos y generales, en los que han triunfado los especialistas (crean “dependencia”, no cabe duda), sobre todo entre la clase alta y media-alta. Así, según la Encuesta de Salud de España, de 2001, el 75% de las mujeres que consultaron con un ginecólogo fue para un “chequeo” (sobre todo para la innecesaria “citología”; innecesaria dada la baja prevalencia del cáncer de cuello de útero en España). También van las mujeres rutinariamente al ginecólogo tras la menopausia, lo que es peligroso como demuestra muy bien el reciente escándalo de “los parches de hormonas”, para la terapia hormonal en la menopausia (*terapia hormonal substitutiva* la llaman, no inocentemente), otro tratamiento “preventivo” que utilizaban y siguen utilizando en Europa mayoritariamente la mujeres de clase alta, pese a que nunca hubo dudas de su inutilidad y peligrosidad y a que ahora se haya demostrado fehacientemente que aumentan la mortalidad y morbilidad por ictus, embolias e isquemia coronaria. Por ejemplo, se estima que en el Reino Unido, en la última década, el uso de dicha terapia hormonal en la menopausia, en mujeres de 50 a 64 años provocó unos 20.000 casos extras de cáncer de mama. No se libran los varones añosos de clase alta y media-alta, sometidos al ritual de la determinación anual del antígeno prostático específico (PSA), para el diagnóstico precoz del cáncer de próstata, y a las ecografías y biopsias transrectales prostáticas consiguientes, con el resultado ocasional de morbilidad innecesaria (impotencia e incontinencia urinaria) e incluso muerte, tras someterse a la prostatectomía, también innecesaria en muchos casos. La cuestión se complica con la propuesta de utilizar *finasteride*, para la prevención primaria del cáncer de próstata, que disminuye la prevalencia del mismo, pero aumenta su agresividad (se previenen, pues, los poco agresivos y localizados). Los urólogos quieren lograr el éxito de los ginecólogos, y están en vía de conseguirlo con la “prevención” del cáncer de próstata.

Coordinación de servicios y continuidad de cuidados

Los servicios de salud y los servicios sociales se integran con dificultad en Europa. Hasta ahora, la Unión Europea

ha puesto el énfasis en la armonización en salud pública, con preocupación especial en torno a la sanidad alimentaria, por la crisis de la epidemia de la encefalopatía espongiiforme bovina (“vacas locas”). Respecto a la conexión entre salud pública y servicios clínicos, la organización es plural, con tendencia a integrar los servicios de prevención con los servicios clínicos curativos (pero en Finlandia las vacunaciones no dependen de la APS y funcionan muy bien), y los servicios comunitarios con los servicios médicos (pero en Francia la enfermería comunitaria resuelve muy bien la atención a domicilio). No está resuelta la coordinación entre niveles médicos (atención primaria y atención domiciliaria) y sociales (atención a población marginal, a la pobreza, a los delincuentes, a los presos, a las prostitutas, a los vagabundos, a los drogadictos, a los enfermos mentales y otros minusválidos y sus familias, y a otros), aunque hay experiencias positivas en Dinamarca, Holanda, el Reino Unido y Suecia. Hay una tendencia general a incrementar la co-responsabilidad, especialmente la continuidad de cuidados entre primaria y hospitalaria, y la evaluación de la calidad de la atención prestada en la APS por la evitación de urgencias y hospitalizaciones innecesarias (evitables con una APS de calidad, accesible y resolutive). Al paciente no le interesa saber nada de la división en niveles del Sistema Sanitario, sino recibir cuidados apropiados, en tiempo adecuado, y en el lugar más cercano posible a su entorno familiar, pero este sano deseo puede ser explotado por los especialistas para “invadir” la APS. Hasta ahora se ha logrado contener a los especialistas en los hospitales, o en parcelas específicas (por ejemplo, no suelen hacer visitas a domicilio, que son características de los médicos generales europeos), pero existe la tendencia a llevarlos cerca de los médicos generales, con la excusa de las “*consultas conjuntas*”, o para demostrar el poder de la APS, “capaz de contratar servicios de especialista que se acercan a la comunidad”. Es el caso, entre otros, en centros de salud del Holanda y el Reino Unido (propiedad de los propios médicos generales) y de España (propiedad pública). No hay estudios científicos ni evaluaciones que confirmen ventajas de ninguna de estas experiencias, y se están implantando, en realidad, como expresión del poder y la atracción de los especialistas. Dada la intensidad de la atracción que generan los especialistas sobre los pacientes, una vez iniciadas estas experiencias no pueden cortarse. Si los especialistas se instalan en la APS es para siempre, y cada vez con más variedad (suelen empezar los internistas, ginecólogos y pediatras, y les siguen psiquiatras y psicólogos, dermatólogos, y reumatólogos) El peligro, evidente, es que en el futuro la APS de la Unión Europea imite al *policlínico soviético*, tan alabado en las publicaciones de la OMS de los años sesenta y setenta, pero que destruyó la Medicina General y degradó la atención clínica hasta hacer habitual el pago “bajo cuerda”, el dinero negro para lograr una atención humana y rápida, que todavía no se ha erradicado (en Polonia, por ejemplo). Necesitamos en Europa más coordinación y continuidad de cuidados, tanto para la atención clínica como para la evaluación de servicios, pero se puede lograr con métodos simples, lógicos y científicos.

cos. Sirva de ejemplo el buen trabajo de una gerencia de APS española (Elche, Alicante) que sin cambiar ni la estructura ni la organización, ni la financiación, pero con mejor cooperación entre especializada y primaria, ha reducido el tiempo de espera para la intervención de hernia inguinal de 26 meses a 19 días (¿de más de dos años a menos de un mes!). Con ello no sólo se mejora y humaniza la atención sino que evita el encarnizamiento diagnóstico al no duplicar pruebas en el hospital, pues la clave está en dar la importancia debida al informe del médico general. La postura contraria, más común, es la que lleva a la *consulta única*, organización que ofrecen algunos hospitales en los que al paciente se le recibe en la mañana temprano, se le solicitan y realizan todas las pruebas en el mismo día, y por la tarde se le da el diagnóstico y el tratamiento. Se llaman, también, *consultas de alta resolución*. En mi opinión, a la vista de las publicaciones y del contenido de las enfermedades atendidas en ellas, habría que hablar de *consultas de excesiva resolución*, pues probablemente no son más que otra expresión de encarnizamiento diagnóstico y terapéutico, de cuidados especializados innecesarios, costosos y peligrosos. El colmo es, como en EE.UU., que “el lobo cuide del cordero”; es decir, que los hospitales organicen la APS y que, incluso, tengan centros de salud en su propio espacio físico, como sucede en general en Cataluña (España) y en concreto en el Hospital Clínico de Barcelona. No es casual esta tendencia en una de las regiones españolas más “privatizadas” en lo que respecta al Sistema Sanitario. La APS pasa a ser, no cabe duda, la *puerta de salida* en lugar de la tan cacareada *puerta de entrada* al Sistema Sanitario.

Privatización

Las reformas orientadas al mercado, como las del Reino Unido con el *fundholding* no han sido ni son populares en Europa y hasta los propios ingleses las han atemperado. Detrás de la demagogia neoliberal de la “*competencia entre proveedores*”, “*compra de servicios*”, “*el dinero sigue al paciente*” y “*la separación entre financiación y provisión de servicios*” hay poca ciencia y mucha codicia e ignorancia. El Banco Mundial promovió en los noventa la privatización de la APS en los países de la Europa del Este, pero la tendencia ha cambiado, aunque persisten co-pagos que dificultan el objetivo de la equidad. La experiencia en la República Checa, por ejemplo, fue terrible por el caos y el disparate financiero que conllevó. En general, tras la caída del comunismo, la descoordinación entre las distintas Agencias Asesoras, junto con la ignorancia de muchos de los asesores, fue terrible y explica el efecto logrado sobre los pobres países de la Europa del Este (se libraron el Programa PHARE, de la Unión Europea, como Agencia Asesora, y Eslovenia como país, que se libró con la misma facilidad de la plaga de asesorías que del Ejército de Yugoslavia, en una guerra de un solo día). No obstante, las tensiones entre la economía de mercado y la solidaridad social pueden llevar en el futuro a privatizaciones menos torpes y violentas (que las sugeridas por el Banco Mundial en la Europa del Este). Ahora que el Banco Mundial ha replegado sus ínfulas privatizadoras, le sucede en el liderazgo la Organi-

zación Mundial del Comercio, que sólo entiende de globalización y de intereses económicos. Hay que esperar, pues, iniciativas privatizadoras más sutiles. Por ejemplo, 1) ya he comentado la ampliación del mercado de los medicamentos sin recetas, 2) también he comentado el abandono de la APS por los políticos y la clase alta que, al no utilizar nuestros servicios, no comprueban en propia carne las “bondades” del sistema que dicen defender; aunque pretendan defenderlo sólo pueden hacerlo “de oídas”, con buena voluntad, pero sin la exigencia del que sabe que lo va a utilizar él mismo y sus familiares y amigos, y sin el compromiso del que lo utiliza a diario; sin querer, o queriendo, terminan mejorando los presupuestos hospitalarios, año a año, y abriendo puertas para el acceso fácil a los servicios privados, que son los que ellos utilizan; así, en Europa no ha crecido desde 1990 el porcentaje del presupuesto sanitario dedicado a la APS, en torno al 20% (de hecho ha disminuido, entre otros, en Alemania, España, Finlandia, Francia, Luxemburgo y República Checa), 3) sirve también la estrategia de la popularización de las pólizas de seguros médicos privados, con descuento de las primas en las declaraciones de impuestos (si se trata de personas) o de beneficios (si se trata de empresas que ofrecen las pólizas a sus asalariados y empleados en general). También son estrategias alternativas para la privatización *de facto* (y no sugiero ni repaso más para no divulgar ideas peligrosas), 4) el aumento de los co-pagos (de medicamentos y prótesis, de consultas e intervenciones médicas, de ingresos hospitalarios y demás) y 5) la disminución o no inclusión en la cobertura pública de servicios eficaces y eficientes (por ejemplo, cirugía menor por el médico general).

Descentralización y participación popular

En Europa la participación popular se canaliza a través de organizaciones varias, como partidos políticos, sindicatos, asociaciones de enfermos y de familiares, y otras organizaciones no gubernamentales. En teoría existen Consejos de Salud, con participación popular directa, pero son anecdóticos los casos en que han pervivido y son influyentes. Ha habido experiencias de intervención comunitaria, la más conocida y divulgada como ejemplo la del Norte de Karelia (*North Karelia*, para el curioso lector que lo busque en Internet), en Finlandia. Fue todo un montaje espectacular, con participación de toda la comunidad, desde los periódicos a los maestros y tenderos, pasando por políticos y profesionales sanitarios. Lástima de energía despilarrada, de ilusiones y de dinero tirado, pues aquello no sirvió para nada (ni siquiera de ejemplo, pues se oculta el fracaso y como bien se dice “la ignorancia de la historia lleva a su repetición”). Lo mismo pasó con los *diagnósticos y planes de salud* en España, en que se consumió la fuerza intelectual y física de miles de enfermeras y médicos, sin impacto ninguno en la salud de la población (y deterioro de la de los profesionales, pues allí empezó su *quemarse* y *desilusionarse*, tan habitual hoy entre los sanitarios españoles; también de otros países, como Francia y el Reino Unido, pero por razones más generales).

Los Ayuntamientos son los receptores del poder cuando la descentralización llega a su final, como en Finlandia. En general, hay una tendencia a la descentralización en Europa, en lo que puede servir de ejemplo España (que terminó en 2002 el proceso de transferencia del Sistema Sanitario a sus 17 Comunidades Autónomas), y ello no depende de la forma de financiación sino de la estructura del poder y del equilibrio que se alcanza a lo largo del tiempo entre los diversos participantes en el Sistema Sanitario. Hay SNS descentralizados, como sucede en Dinamarca, y muy centralizados, como sucede en Portugal y el Reino Unido. Lo mismo vemos en los SSS, descentralizados en Alemania y Holanda y muy centralizado en Francia. Ambas opciones tienen ventajas, pero la descentralización exige medidas para compensar los costes a los que obliga la pérdida de una cierta *economía de escala*, que no se refiere sólo a capacidad de compra, sino al poder frente a profesionales e industriales (de medicación, de tecnológica y de consultoría) con organizaciones nacionales y supranacionales que venden sus servicios, productos y filosofía sin que se les puedan oponer las pequeñas organizaciones descentralizadas (y muy difícilmente las grandes, como ya he comentado).

Genética, pornoprevención, y medicina basada en pruebas

Ya he comentado la excesiva dependencia de los Servicios Sanitarios que caracteriza a la población europea (la *medicalización de la vida diaria*). Esta pérdida de independencia, este fiar las normas de “buena conducta” al criterio de los médicos, es perfectamente compatible con esa aparente *soberanía del consumidor*, tan cacareada por la economía de mercado. No se soporta ninguna inconveniencia ni molestia; empieza a ser difícil, por ejemplo, no tratar la fiebre, síntoma molesto cuyo alivio conlleva muchos más riesgos que beneficios, excepto en la fiebre que acompaña a algunos casos de ictus. Lo esperable es que aumente dicha *medicalización de la vida diaria*, básicamente porque aumentará el bienestar económico, lo que permite percibir con mayor intensidad el más mínimo cambio en la salud, y por las excesivas promesas que se le hacen a la población. No es sólo la definición de salud como un estado perfecto de bienestar físico, psíquico y social, lo que a mí personalmente no me sucede más que en el estado de éxtasis que alcanzo durante el orgasmo (a pesar de ello me siento sano, incluso fuera de la situación orgiástica, incluso con algún dolor de espalda crónico que no me impide hacer la vida que quiero, de actividad profesional, de convivencia familiar y social, y de deporte, hasta con la piragua y la mochila en los pantanos y senderos de la montaña). Además de aspirar a una salud que no puede dar el Sistema Sanitario (ningún SNS ni SSS europeo incluye el orgasmo entre sus prestaciones), hay médicos y científicos que no sólo prometen la extensión de la vida útil hasta los 120 años (“mañana”), sino la inmortalidad en la tierra (“no lo veré yo, pero le tocará a mis hijos”). Todo se fía a los nuevos hallazgos de la genética, que se ven como el Santo Grial, cuyo único truco es localizar y secuenciar el gen

adecuado (por ejemplo, el de la diabetes, el de la hemocromatosis, y el de la obesidad, el de la inteligencia y el de la violencia) para luego aplicarlo a resolver el problema correspondiente.

En la prensa popular, y casi en la científica, podemos encontrar *el gen nuestro de cada día*. Poco importa que de 600 “asociaciones” establecidas en publicaciones científicas sólo se hayan confirmado seis. La charlatanería se ha instalado a placer en la ciencia genética, por lo que ya hay voces que exigen una rápida corrección del rumbo y la mejora de la evaluación de los trabajos y técnicas que permiten tales “asociaciones” ridículas. Los interesados, científicos en general, genetistas en particular, y los vendedores de humo (los políticos y los industriales de la biotecnología y de los medicamentos) han abierto una Caja de Pandora que no será posible cerrar. Es natural, así, que la población demande *pornoprevención*, la prevención de cualquier cambio no deseado de la salud, y que tenga horror a la incertidumbre, al enfermar, al dolor y a la muerte. Se hace habitual la Medicina Cosmética (“del cuerpo y del alma”). Los cribajes (*screening*), cualesquiera, son aceptados como algo positivo, con expectativas irreales y acientíficas, y con independencia de que muchos de ellos deberían llevar una leyenda que advirtiera al paciente: “los cribajes son peligrosos para su salud”. Buen ejemplo, un cribaje genético, es la comercialización de la detección de los dos genes *BRCA*, prueba asequible para la clase alta europea (unos 1.000 euros cada *gen*) y que, mal interpretada como lo es habitualmente, lleva a la *mastectomía y ovariectomía radical bilateral preventiva*. En este caso, lamentablemente, los médicos generales no podremos hacer mucha *prevención cuaternaria*, pues 1) tenemos gran dificultad para hacernos idea de los conceptos prácticos de *factor de riesgo*, *riesgo relativo*, *riesgo absoluto* y *riesgo atribuible*, necesarios en general e imprescindibles para evitar la mutilación inútil que suele conllevar la detección de los genes *BRCA* en las mujeres y 2) la exigencia social creada por la prensa y los políticos acerca de la genética y la *pornoprevención* (recuérdense las frases de Tony Blair y Bill Clinton, presidentes del Reino Unido y de los EE.UU., al presentar el Genoma Humano: “Estamos aprendiendo el lenguaje con el que Dios creó la vida humana”, y demás perlas de ellos, y de otros a su altura). Podría librarnos de tanta ignorancia y tontería una *Medicina Basada en Pruebas* (que se suele traducir con el barbarismo de *Medicina Basada en la Evidencia*, del inglés *Evidence Based Medicine*), con sus ensayos clínicos. Pero los ensayos clínicos 1) suelen estar financiados por la industria farmacéutica, y con dificultad se publican los que nos les “convienen”, 2) se suelen centrar en la comparación de un medicamento con un placebo, 3) en muchos casos se centran en resultados intermedios con generosa e imprudente extrapolación a los resultados finales (por ejemplo, el uso “preventivo” de la cerivastatina, una estatina que disminuye rápidamente el colesterol en sangre, que hubo que retirar por matar a los pacientes que la toman), 4) tienen gran preocupación por la validez interna pero ninguna por la externa (la extrapolación a los pacientes que vemos en nuestras consultas), 5) no siempre

responden a criterios de honradez científica (recuérdese el engaño de los ensayos clínicos *CLASS* y *VIGOR*, respectivamente, sobre celecoxib y rofecoxib, dos antiinflamatorios supuestamente mejores que los clásicos, según artículos muy científicos en *Journal of the American Medical Association* y en *The New England Journal of Medicine*), 6) suelen excluir a los pacientes con co-morbilidad (con varias enfermedades al tiempo) típicos en las consultas del médico general, 7) se realizan en períodos cortos, cuando muchos medicamentos de emplean luego *de por vida* (por ejemplo, estatinas, anticoagulantes, diuréticos y otros), 8) no consideran los problemas de la interacción con otros muchos medicamentos que se han vuelto de uso rutinario y generalizado (por ejemplo, estatinas y digoxina) y 9) ignoran por completo los condicionantes sociales y psicológicos que tanto influyen en nuestros pacientes (incluso ignoran la clase social y los años de educación formal). No es extraño que la *Medicina Basada en Pruebas* esté sirviendo para la consolidación de una Medicina Biológica (despreocupada de las causas sociales y culturales del enfermar) y del poder de los especialistas (que actúan de “representantes ilustrados” de la industria farmacéutica, genética y tecnológica para difundir convenientemente masticados y digeridos los resultados de los sucesivos ensayos clínicos que les convienen, tanto respecto a prevención como a curación). Además, los resultados de los ensayos clínicos, mal digeridos, pueden contribuir al orgullo de una falsa aureola científica del trabajo médico y a despreciar 1) la tan necesaria *ética de la ignorancia* y 2) la útil, frecuente y difícil actividad de *esperar y ver* (saber no hacer nada cuando no hay nada que hacer). No cabe duda, los médicos generales necesitaríamos grandes dosis de *escepticismo*, enfermedad muy poco contagiosa contra la que se nos vacuna en la Facultad de Medicina. Sin *escepticismo* caemos, por ejemplo, en la *trampa del colesterol*, con la que enloquecemos a los pacientes al respecto, prescribimos estatinas como locos, y olvidamos las cosas simples y eficaces, como el consejo contra el tabaco.

Las cuestiones éticas

Hay muchas cuestiones en APS que requieren su consideración desde un punto de vista ético. Mencionaré sólo tres: la eutanasia, la creación de grandes bases electrónicas de datos médicos y la tensión entre la medicina clínica y la responsabilidad social en el ejercicio de la medicina general.

1) Ejercer de médico general es aceptar trabajar con incertidumbre, y muchas veces trabajar en los límites de la ciencia, la filosofía y la ética. Estoy pensando, por ejemplo, en la petición de eutanasia de un paciente, a la que puedo dar una respuesta dentro de la Ley en Bélgica y en Holanda. En otros países es un asunto privado que se resuelve calladamente, con piedad y buena práctica clínica. Lo importante es estar entrenado y tener conocimientos de ética, gran corazón, y franqueza en las relaciones con el paciente (y con su familia).

2) Otra cuestión ética, muy distinta, nueva y general, es la del acúmulo de datos “sensibles” en bases electrónicas

de datos. Son “*sagrados secretos rotos*”, pues nada justifica, por ejemplo, la creación de bases de datos con las historias clínicas completas de una población. La creación en el País Vasco, en España, de una tal base de datos con la historia clínica completa de los dos millones de vascos, ha generado la consiguiente alarma mundial, por su inutilidad y peligrosidad, además de por haberse empezado sin contar con el consentimiento explícito de los pacientes. También en España ha escandalizado dicha base de datos, pues además del mal ejemplo nacional ha conllevado la condena de los dos médicos que se opusieron al Servicio Vasco de Salud (a dos años de suspensión de empleo y sueldo: un año por poner un cartel en la sala de espera avisando a los pacientes de la “migración” de sus historias clínicas electrónicas, desde el centro de salud a la base central de datos, y otro año por seguir utilizando el sistema electrónico previo). Una base de datos también increíble es la que se está generando en Islandia con la información médica y genética de toda la población, pero al menos allí se ha sometido la cuestión a discusión científica y social general y desde el primer momento pudo renunciarse a participar en la misma. La Unión Europea ha sido muy sensible a todas estas cuestiones, y en su afán protector ha llegado incluso a poner en peligro estudios epidemiológicos apropiados y respetuosos con las cuestiones éticas. Desde luego, lo que resulta absurdo es la recogida y almacenamiento indiscriminado de datos clínicos, en lugar de definir un Conjunto Mínimo Básico de Datos, como ya existe en Europa para codificar las altas hospitalarias. En el “*Tratado por el que se instituye una Constitución para Europa*”, ya citado, se dedica un artículo específico a esta cuestión, el Artículo II 8, sobre la *Protección de datos de carácter personal*; se lee: “a.– Toda persona tiene derecho a la protección de los datos de carácter personal que le conciernen. b.– Estos datos se tratarán de modo leal, para fines concretos y sobre la base del consentimiento informado de la persona afectada o en virtud de otro fundamento legítimo previsto por la Ley. Toda persona tiene derecho a acceder a los datos reconocidos que la conciernen y a su rectificación. c.– El respeto de estas normas quedará sujeto al control de una autoridad independiente”.

Y 3) Respecto a la tensión entre la medicina clínica y la responsabilidad social en el ejercicio de la Medicina General, la cuestión ética se plantea casi en la atención de cada paciente, pues exige la toma de decisión inmediata (habitualmente) entre la “irracionalidad romántica” (todo para el paciente) y la “irracionalidad técnica”, todo para la sociedad. El médico general hace microgestión de los recursos sanitarios, muchas veces sin saberlo, y de sus decisiones racionales, científicas y humanas depende el aprovechamiento o el despilfarro de los recursos sanitarios. Por ejemplo, una derivación innecesaria al hospital tiene un coste tremendo para el paciente y para el Sistema Sanitario, pero, por supuesto, no derivar cuando se debe, puede tener también altos costes personales y sociales (piénsese en un caso de apendicitis, por ejemplo). El dilema no tiene fácil solución ni científica ni profesional, y se

refiere a cuestiones clínicas y de uso de recursos y de salud pública. El médico actúa de agente del paciente, le da información suficiente y clara para decidir, y de común acuerdo eligen la alternativa que mejor se adapta al problema de salud específico del paciente... y a la sociedad. Por ejemplo, la utilización de antibióticos en enfermedades presuntamente víricas como las otitis y bronquitis agudas es un despilfarro de recursos, y conlleva la aparición de resistencias bacterianas, peligrosas para el propio paciente y para otros de su entorno (es una "externalidad" negativa). Además, contribuye al deterioro del arsenal terapéutico antibacteriano y a empeorar el problema de las resistencias bacterianas, una cuestión de salud pública que tiene que ver con los pacientes, con médicos generales y especialistas, con farmacéuticos, con veterinarios, con ganaderos y agricultores (hasta con los nuevos productos de las piscifactorías) y, por supuesto, con salubristas, y con gerentes y políticos sanitarios y con la industria farmacéutica. No cabe duda, cualquier decisión clínica del médico general incluye la toma de postura ante el dilema de todo para el paciente frente a todo para la sociedad.

CONCLUSIÓN

La salud no es una cuestión que dependa excesivamente del Sistema Sanitario, pero es importante contar con una APS que responda honradamente a lo que la sociedad espera de ella, lo que es inherente y una exigencia ética: evitar el sufrimiento, la morbilidad y la mortalidad sanitariamente evitable por el trabajo clínico bien hecho. Es un trabajo simple en teoría, pero muy difícil en la práctica, que nuestra población espera sepamos hacer con un consumo de recursos proporcionado a las necesidades.

En Europa se contribuye a la protección y promoción de la salud, además, con un abordaje plurisectorial, en que no sólo cuenta el Sistema Sanitario sino otras políticas y acciones que contribuyen al desarrollo de una vida plena y una muerte digna. Entre ellas, educación, vivienda, no discriminación ni exclusión social, empleo y ambiente laboral seguro y saludable, defensa del medio ambiente natural, tratamiento y depuración de aguas, alimentación y cadena alimentaria adecuada, promoción de las estructuras sociales que apreciamos (familia en sus múltiples variaciones, por ejemplo), justicia rápida y cierta, redistribución justa de recursos y paz social. La pequeña contribución de la APS puede ser clave para asuntos tan relevantes como la lucha contra la inequidad de la ley de cuidados inversos, la *prevención cuaternaria*, la protección de los datos clínicos de los pacientes y la *microgestión*. Una tal contribución exige de los profesionales de APS dos cosas básicas: 1) tener clara su función y ser competentes en los métodos técnicos y humanos necesarios para cumplirla y 2) mantener en el trabajo diario y a lo largo de toda la vida un *fulgor visionario*, una motivación, de compromiso y ética que dé dignidad a la tarea y autoestima al profesional.

Dicen que "lo pequeño es hermoso". Hermosa es, pues, la pequeña tarea, humilde y difícil, de trabajar en APS, en Europa y en cualquier país del mundo.

Nota

En lo personal, la Declaración de Alma Ata de 1978 fue una de las gotas de agua que contribuyó a llenar el vaso de la curiosidad científica por el fundamento racional de la APS, y ayudó así a dedicar a este campo las energías que había dedicado antes a la neuroquímica (sobre lo que realicé la Tesis Doctoral, defendida con éxito en 1973).

BIBLIOGRAFÍA

Para realizar este trabajo he empleado una enorme cantidad de artículos, documentos y libros. El lector curioso que desee conocer la fuente de algo concreto, puede dirigirse a mi dirección electrónica (jgervasc@meditex.es) o postal (Apartado de correos 1207, 28800 Alcalá de Henares, Madrid, España). La mayoría de los comentarios, incluso los más heterodoxos y chocantes, tienen un sólido fundamento científico y apoyo documental.

Si hubiese errores son del firmante, y de buena fe.

Señalo a continuación los trabajos básicos ajenos, que permiten una primera aproximación a todo lo comentado en el texto. También incluyo un listado de bibliografía propia, para facilitar la lectura de publicaciones en las que amplió distintas cuestiones a las que me he referido sucintamente en este texto.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Arroyo A, Andreu J, García P, Jover S, Arroyo MA, Fernández A, et al. Análisis de un programa de derivación directa entre atención primaria y especializada en pacientes potencialmente quirúrgicos. *Aten Primaria* 2001;28:381-5.
- Boerma WGW. Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners. Doctoral Thesis. Utrecht: NIVEL; 2003.
- Califf RM. Issues facing clinical trials of the future. *J Intern Med* 2003;254:426-33.
- Casajuana J. Límites entre el clínico y gestor. ¿Cómo saltar la barrera? *SEMERGEN* 2003;29:240-3.
- Casajuana J, Davins J, Durán J, Fernández MJ, Marcos L, Marquet R, et al. *Provant de sobreviure en la nostra cadira. Manual de directologia aplicada*. Barcelona: SCMFYC; 2002.
- Cochrane AL. *Eficacia y eficiencia. Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios*. Barcelona: Salvat; 1985.
- Cornwell A. *Connecting health. A review of electronic health record projects in Australia, Europe and Canada*. Sydney: PIAC; 2002.
- Dooslaer E, Koolman X, Puffer F. Equity in the use of physician visits in OECD countries: has equal treatment for equal need been achieved? In: *OECD. Measuring up: improving health system performance in OECD countries*. Paris: OECD; 2002. p. 222-48.
- Flórez M, Valverde MD, García F. Historia natural de la hernia de disco lumbar. *Rehabilitación* 1993;27:357-64.
- Gérvás J. As diversas formas de pagamento do médico de clínica geral e a sua repercussao na prática clínica. *Rev Port Clin Geral* 1996;13:130-40.
- Gérvás J. Barbarie y muerte, o la ética del "basta ya". *SEMERGEN* 2003;29:559-60.
- Gérvás J. Expectación excesiva acerca de la pronta implantación de la historia clínica electrónica. *SEMERGEN* 2000;26:3-4.
- Gérvás J. Experiencia, ciencia y "medicina basada en pruebas" en atención primaria. *SEMERGEN* 2002;28:302-4.
- Gérvás J. Fisiopatología de los equipos de atención primaria. *SEMERGEN* 1998;24:552-5.
- Gérvás J. La Medicina General/de Familia al comienzo del siglo XXI: de las expectativas excesivas al desánimo insoldable. *SEMERGEN* 2003;29:357-9.

- Gérvás J. Quimioprofilaxis en el siglo XXI. Algunos problemas del uso de medicamentos para la prevención primaria de enfermedades. *FMC* 2003;10:680-3.
- Gérvás J. Sagrados secretos compartidos sin querer e innecesariamente. La violación de la confidencialidad de la historia clínica con las mega-bases de datos sanitarios. El caso del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza). 2003. Disponible en URL: <http://es.groups.yahoo.com/group/equipocesca/files/Divulgaci%80%A0%A6%F3n/>
- Gérvás J. Screening for serious illness. Limits to the power of medicine. *Eur J Gen Pract* 2002;8:47-49.
- Gérvás J, Álvarez de Toledo F, Erayalar MT. Limitaciones clave de la Atención Farmacéutica como respuesta a los problemas relacionados con los medicamentos. *Pharm Care Esp* 2003;5:55-8.
- Gérvás J, López Miras A, Pastor Sánchez R. Atención primaria en Europa. *Aten Primaria* 1993;12:294-300.
- Gérvás J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. *Aten Primaria* 1995;16:501-6.
- Gérvás J, Palomo L. ¿Alta o excesiva resolución? *Med Clín (Barc)* 2002;119:315.
- Gérvás J, Palomo L, Pastor Sánchez R, Pérez Fernández M, Rubio C. Problemas acuciantes en atención primaria. *Aten Primaria* 2001;28:472-7.
- Gérvás J, Pérez Fernández M. El resultado intermedio como problema clínico y de salud pública. A propósito de la mortalidad por cerivastatina. *Med Clín (Barc)* 2002;119:254-9.
- Gérvás J, Pérez Fernández M. Genética y prevención cuaternaria. El ejemplo de la hemocromatosis. *Aten Primaria* 2003;32:158-62.
- Gérvás J, Pérez Fernández M. Incertidumbre en la evolución (im)previsible de la atención primaria en Europa. *Salud-2000* 2001;84:5-8.
- Gérvás J, Pérez Fernández M. Las hiperlipemias y la prevención primaria de la cardiopatía isquémica. *Med Clín (Barc)* 1997;109:549-52.
- Gérvás J, Pérez Fernández M, Starfield B. Primary care, financing and gatekeeping in Western Europe. *Fam Pract* 1994;11:307-17.
- Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971;1:405-12.
- Hart JT. A new kind of doctor. London: Merlin Press; 1988.
- Hebrang A, Henigsberg N, Erdeljic V, Foro S, Vidjak V, Grga A et al. Privatization in the health care system of Croatia: effects on general practice accessibility. *Health Policy Planning* 2003;18:421-8.
- Holtzman MA, Marteau TM. Will genetics revolutionize medicine? *M Engl J Med* 2000;343:141-3.
- Howie JGR. Investigación en Medicina General. Madrid: Díaz de Santos; 1992.
- Illich I. Némesis médica. Méjico: Mortiz/Planeta; 1978.
- Keene J, Swift L, Bailey S, Janacek G. Shared patients: multiple health and social care contact. *Health Social Care Community* 2001;9:205-14.
- López Casasnovas G, Rodríguez Palenzuela D, editores. La regulación de los servicios sanitarios en España. Madrid: FEDEA; 1997.
- 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. *HSR* 2003;38:831-65.
- Million Women Study Collaboration. Breast cancer and hormone replacement therapy. *Lancet* 2003;362:419-27.
- Ortún V, Gérvás J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clín (Barc)* 1996;106:97-102.
- Pérez Fernández M, Gérvás J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clín (Barc)* 2002;118:65-7.
- Pérez Fernández M, Gérvás J. Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres. *SEMERGEN* 1999;25:239-48.
- Rico A, Saltman RB, Boerma WGW. Organizational restructuring in European health systems: the role of primary care. *Social Policy Admnist* 2003;37:592-608.
- Saltman RB, Figueras J. Reforma sanitaria en Europa. Análisis de las estrategias actuales. Madrid: OMS-Europa, Ministerio de Sanidad; 1997.
- Seguí M, Gérvás J. El dolor lumbar. *SEMERGEN* 2002;28:21-41.
- Skarabaneck P. La muerte de la medicina con rostro humano. Madrid: Díaz de Santos; 1999.
- Skarabaneck P, McCormick J. Sofismas y desatinos en Medicina. Barcelona: Doyma; 1992.
- Smith R. The ethics of ignorance. *J Med Ethics* 1992;18:117-8,134.
- Sorensen RJ, Grytten J. Service production and contract choice in primary physician services. *Health Policy* 2003;66:73-93.
- Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologías. Barcelona: Masson; 2001.
- White KL. The task of medicine. Dialogue at Wickenburg. Menlo Park: The Henry J Family Foundation; 1988.
- Wieggers TA. General practitioners and their role in maternity care. *Health Policy* 2003;66:51-59.
- Woolf S, Kamerov DB. Testing for uncommon conditions. The heroic search for positive test results. *Arch Intern Med* 1990;150:2451-8.