

## ARTÍCULOS ESPECIALES

# Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico



Juan Gérvas<sup>a</sup>, Olga Pané Mena<sup>b</sup>, Antoni Sicras Mainar<sup>c</sup>  
y Seminario Innovación en Atención Primaria 2006\*

<sup>a</sup>Consultorio de Canencia de la Sierra. Canencia de la Sierra. Madrid.

<sup>b</sup>Proyectos Sanitarios y Sociales, SA. Consorci Hospitalari de Catalunya. Consultoria y Gestió, S.A. Barcelona.

<sup>c</sup>Sistemas de Información. Serveis Assistencials, S.A. Badalona. Barcelona. España.

En atención primaria son claves la accesibilidad y la polivalencia, y dar respuesta en primera instancia a todos los problemas de salud<sup>1</sup>. La capacidad de respuesta de la atención primaria es la selección y recomendación de los cursos de acción diagnósticos y terapéuticos óptimos ante los problemas de salud de los pacientes. Obviamente, responder no es resolver, sino proponer las opciones óptimas<sup>2</sup>.

La capacidad de respuesta genera reputación, que ayuda a gobernar las organizaciones sanitarias<sup>3</sup>. La buena reputación profesional y científica es muy apreciada entre los médicos, y la información al respecto se transmite rápidamente y a bajo coste<sup>4</sup>. La capacidad de respuesta tiene 4 campos, que deberían considerarse en su análisis y práctica: prevención, resolución (curar, contener, cuidar, ayudar, consolar), derivación (filtro) y coordinación (continuidad asistencial). En estos 4 campos el médico no debería estar solo, sino «acompañado» por una labor de gestión que facilitase su trabajo y la continuidad de la atención<sup>5-8</sup>. Parte de la reputación de los médicos depende de la gestión, del trabajo de los gestores, que pueden ser catalizadores o frenos para su capacidad de respuesta.

En este texto analizaremos 7 cuestiones que hacen evidente la necesidad de una gestión innovadora que potencie la capacidad de respuesta de los médicos, su valía profesional y, con ello, su buena reputación; una gestión capaz de fomentar la cultura clínica de calidad y de motivar, facilitar y ayudar a los médicos clínicos a disminuir la brecha entre eficacia y efectividad.

### Siete cuestiones

*Las necesidades y demandas de salud de la población y de los pacientes ¿existen, se crean y/o se transforman?*

Las definiciones de enfermedad, y de enfermo, son culturales, muy cambiantes<sup>9</sup>. También es cambiante la respuesta a

ellas. Bien lo demuestra, por ejemplo, la fiebre, que ha pasado de ser un signo positivo (y provocado) a «combatirse» intensamente, o la percepción del embarazo normal como situación de riesgo y, per se, causa de baja laboral.

En general, a mayor bienestar económico corresponde un mejor nivel objetivo de salud (médicamente valorado), y un peor nivel subjetivo de la misma (la «paradoja de la salud»)<sup>10,11</sup>. Las cosas suceden como si hubiera una tendencia social y científica a la búsqueda de la eterna juventud, a la que se responde desde la corporación profesional-científico-industrial con remedios que buscan el riesgo nulo, el control absoluto de la incertidumbre del vivir, la «pornoprevención»<sup>12,13</sup>. Esta respuesta sube del denominador al numerador a muchos sanos e incrementa el número de los pacientes (los que sufren y consultan, con independencia de que su enfermedad o problema sea cierto o imaginario). No es tanto el aumento del coste del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y factores de riesgo, sino los efectos adversos de la «promoción de la salud» y de las cascadas diagnósticas y terapéuticas que comportan las intervenciones innecesarias<sup>14</sup>. De ahí la importancia de que los médicos de familia potencien su credibilidad, para poder definir enfermedad, salud y factor de riesgo, en paralelo, coincidiendo o en contra de los especialistas y «expertos».

La buena gestión puede ayudar a que el médico no se decante siempre por la línea de menor resistencia (la de una visión clínica intervencionista, que se inculca en los estudios de pregrado, se refuerza en la residencia y se desarrolla en la práctica clínica diaria); por ejemplo, centrando la actividad asistencial en la mortalidad, la morbilidad y el sufrimiento sanitariamente evitable (y no en los «programas de salud» al uso, de dudosa eficacia, cuando menos), y también en la colaboración con la comunidad, para la «desmedicalización» de la sociedad, como se ha probado con relativo éxito<sup>15</sup>.

Indudablemente, los gestores pueden ayudar a conseguir buena reputación con la difusión de conocimiento entre los profesionales respecto a la invención y propaganda de enfermedades, de forma que la ignorancia (por negligencia o engaño) se transforme en actitud activa de búsqueda de la verdad y pueda darse una respuesta científica honrada, capaz de señalar los límites, beneficios y riesgos de la medicina y de la actividad médica. Así, la formación continuada lleva a la respuesta óptima (no «la mejor» o «perfecta», sino la posible en esas circunstancias), como resultado de los múltiples vectores que confluyen en la consulta (ciencia y conciencia profesional, autonomía y expectativas del paciente, incertidumbre clínica, etc.).

Este texto se elaboró a partir del primer taller presencial de los Seminarios de Innovación en Atención Primaria, que en 2006 se dedicó a la capacidad de respuesta de la atención primaria. Se celebró en Madrid, en marzo de 2006, y fueron ponentes del mismo Olga Pané y Antoni Sicras, y coordinador, Juan Gérvas. Los Seminarios de Innovación en Atención Primaria están organizados por la Fundación de Ciencias de la Salud y la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial, con el patrocinio de GSK.

\*Al final del artículo se indican los participantes del Seminario Innovación en Atención Primaria 2006.

Correspondencia: Dr. J. Gérvas.  
Travesía de la Playa, 3. 28730 Buitrago del Lozoya. Madrid. España.  
Correo electrónico: [jgervasc@meditex.es](mailto:jgervasc@meditex.es)

Recibido el 22-6-2006; aceptado para su publicación el 6-9-2006.

*La accesibilidad, piedra de toque de la atención primaria, ¿depende de los recursos o de la gestión de éstos?*

Un sistema sanitario perfecto, si no es accesible, es como si no existiera, una ficción<sup>1</sup>. Un sistema sanitario infinitamente accesible, para todos, a todas horas y para todo, se quemaría y desaparecería, aparte de hacer perder a la población toda capacidad de reacción autónoma ante la enfermedad y el sufrimiento. Entre ambos extremos, la accesibilidad depende al mismo tiempo de los recursos y de la gestión de éstos.

Con recursos insuficientes y mala gestión, los profesionales se queman (por la sobrecarga) y los pacientes hiperfrecuentadores copan las citas (sin que muchas veces se resuelvan sus verdaderos problemas). La mala gestión compromete la reputación del médico y del centro sanitario (y de la sanidad pública, si de ello se trata), y depende de la microgestión (del estilo de práctica del propio médico) y de la mesogestión (del trabajo del gerente, de la sobrecarga administrativa, de la falta de adecuación a los cambios en la población como envejecimiento, inmigración y demás)<sup>5,6</sup>.

Lo lógico es resolver «hoy el problema de hoy», sin que se formen «colas» en atención primaria<sup>16</sup>. Para ello se pueden promocionar la consulta telefónica y la labor inicial adecuada a la capacitación profesional, de filtro, del personal administrativo, sanitario (auxiliares de enfermería y enfermeras) y médico rotatorio, siempre que se conserve la información para el médico de cabecera. También se pueden promocionar los turnos «deslizantes» (con horarios amplios y cambiantes, aceptables para pacientes y para el personal). Además, se puede buscar un equilibrio para el paciente entre la inmediatez de la atención (por cualquier médico) y la longitudinalidad (seguimiento por su médico).

De lo que se trata es de lograr que el médico dedique su tiempo a los pacientes más complejos y/o graves, y de ofrecer la máxima continuidad y longitudinalidad posibles<sup>17</sup>. Así, una gerencia audaz puede facilitar la accesibilidad en atención primaria y contribuir a revertir la «ley de cuidados inversos» (quien más cuidados precisa, menos recibe)<sup>18</sup>, por ejemplo, ofreciendo información «negativa» (¿qué hipertensos con una presión arterial diastólica de 110 mmHg la última vez no han acudido a la cita?, ¿qué pacientes del cupo no han consultado en los últimos 5 años?, ¿a qué pacientes con insuficiencia cardíaca recluidos en su domicilio no se les ha visitado en el último mes?, ¿qué pacientes hiperfrecuentadores no tienen en su lista de problemas alguno social?, etc.). En otro ejemplo, la gerencia puede aumentar la accesibilidad cultural con una mejora de la respuesta a los inmigrantes (incentivos a los profesionales para aprender idiomas, promoción de intermediadores, explicación de otras culturas del enfermar y formas de uso de los servicios médicos, etc.). Por otra parte, nada impide, con la actual tecnología de la información, que los médicos de familia gestionen la agenda de los especialistas y soliciten todo tipo de pruebas diagnósticas, en la búsqueda de tiempos de espera racionales y lógicos<sup>19</sup>.

Todo ello contribuye a mejorar la calidad asistencial y la eficiencia, y a incrementar el prestigio y reputación de los médicos y del sistema sanitario de que se trate (público, privado o concertado).

*La integración de servicios de atención primaria y de atención especializada, ¿puede mejorar la capacidad de respuesta de la primera?*

Al ciudadano con un problema de salud no le interesa la organización de los servicios sanitarios, ni en niveles ni en equipos; lo que le interesa es que se solucione pronto y

bien su problema, lo más cerca de su domicilio. Por ello, los servicios sanitarios deberían estar coordinados, para que la atención primaria tenga el máximo de capacidad de respuesta.

Lo lógico es la asignación territorial integrada de recursos, según capitación corregida por complejidad de problemas de salud (y dispersión geográfica, degradación social y otros indicadores de mayor consumo de recursos)<sup>20,21</sup>. Por ejemplo, los recursos para el tratamiento y seguimiento de la insuficiencia cardíaca se atribuyen a los servicios que los presten, y la evitación de ingresos y muertes a este respecto se utiliza como indicador de efectividad.

Una atención especializada volcada hacia la primaria y las necesidades de los pacientes puede aumentar la capacidad de respuesta de los médicos generales (y su reputación), fundamentalmente por la mejora de las relaciones interpersonales, por la formación espontánea de redes y por la cooperación profesional<sup>4</sup>. Aquí es fundamental la actuación catalizadora de la gerencia, que no precisa tanto de una única jerarquía como de una única voluntad para promover soluciones al servicio del ciudadano, y evitar colas, repetición de pruebas, desconfianza mutua y el coste y los riesgos de los ingresos hospitalarios innecesarios.

En ausencia de reglas claras y de incentivos para la sustitución de servicios, la integración de la atención primaria y la especializada puede jugar a favor del hospital, dada la habitual diferencia de tamaño, funcional y estructural. Por ello conviene asegurar objetivos comunes y evitar perversiones. Por ejemplo, evitar la prestación sistemática de servicios paliativos en urgencias hospitalarias, cuando corresponden a la atención primaria (y a los profesionales «naturales» de la misma), salvo excepciones.

La integración armónica es posible, y hay ejemplos de integración jerárquica y de integración en red, bien para disminuir colas y mejorar el diagnóstico en cirugía, bien para llevar a los centros de salud a los especialistas como consultores, y otros<sup>19,22</sup>. Todo ello redundará en beneficio para el paciente y en capacidad de respuesta, crédito y reputación para los médicos de familia y para el sistema en que trabajan.

*La cartera de servicios, la asignación de los recursos y la posibilidad de gestionarlos, ¿cómo se encuentra el equilibrio que lleva a la eficiencia?*

La cartera de servicios es un listado explícito de la respuesta del sistema sanitario a las necesidades de la población. Como no es posible «el todo para todos, y gratis», hay que fijar el mínimo común denominador que se ofrecerá a los ciudadanos. Sensus stricto, la cartera de servicios no responde a las necesidades en general, sino a las necesidades identificadas a las que los políticos deciden dar respuesta.

La cartera de servicios del sistema sanitario público debería establecerse en un proceso abierto, con participación ciudadana, en que se tuviera en cuenta los problemas de efectividad, equidad y autonomía del paciente. Éste es un proceso lento y complicado en que convendría tener en cuenta tanto a los grupos de pacientes bien organizados, caso de los afectados de fibromialgia, como a los más desorganizados, como familiares de enfermos de Alzheimer.

Para el cumplimiento de cada servicio deberían constar los recursos, costes, objetivos e indicadores adecuados. Lo crítico en su cumplimiento es la adecuación según la necesidad, de forma que reciban el servicio todos cuantos lo necesitan y no lo reciban quienes no lo necesitan (lo primero puede verse como seguridad; lo segundo, como eficiencia,

GÉRVAS J ET AL. CAPACIDAD DE RESPUESTA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y BUENA REPUTACIÓN PROFESIONAL, ALGO MÁS QUE BUEN TRABAJO CLÍNICO

y el equilibrio, como calidad)<sup>23</sup>. Para cumplir con este ideal, el médico de cabecera precisa apoyo de la gerencia, pues no es sólo un problema de calidad en la consulta, sino también de accesibilidad, recursos adecuados y oportunidad.

Una vía en exploración lleva a complementar la cartera de servicios financiados públicamente cuando se cumplan en éstos los principios definidos más arriba como eficiencia y seguridad. Así, se pueden ofrecer servicios adicionales que se paguen directamente o a través de seguros privados, como odontología, podología y otros, y utilizar estos ingresos para mejorar la calidad de la prestación pública. A este respecto hay innovación gestora en España; por ejemplo, en diversos centros asociados y/o gestionados por el Consorcio Hospitalario de Cataluña<sup>24</sup>. Su aplicación lógica no parece plantear problemas éticos irresolubles, mejora los ingresos y aumenta la capacidad de respuesta de la atención primaria y el prestigio del centro en que se ofrecen dichos servicios complementarios.

*Si el profesional reclama y merece autonomía para organizar su trabajo, ¿qué riesgos se pueden transferir?*

Nada impide que el médico funcionario asalariado cuente con incentivos y que se le transfieran riesgos y responsabilidades proporcionales a dichos riesgos. La trascendencia científica, económica y social de las decisiones clínicas justifica una reorientación de las formas de gestión, de manera que el médico se transforme en una especie de «socio» de la institución, sin perder su relación peculiar (laboral, de funcionario u otra)<sup>25</sup>.

Es difícil, casi imposible, gestionar sin el concurso y el compromiso de quienes toman las decisiones clínicas. El objetivo de una buena gestión es lograr un equilibrio entre responsabilidad, autonomía y autoridad del médico mediante la transferencia del control del gasto al que decide su asignación. La atribución del gasto busca la optimización de la mejor alternativa diagnóstica y terapéutica entre la irracionalidad romántica («todo para el paciente presente») y la irracionalidad técnica («todo para la organización»).

Naturalmente, la transferencia del riesgo tiene limitaciones y debe ser conocida por el paciente, contar con objetivos e indicadores explícitos, acotar beneficios y riesgos máximos, y emplear los excedentes en mejoras del propio servicio. Dicha transferencia del riesgo se beneficia en mucho de un sistema de información que facilite la labor médica y su evaluación. Los equipos y los profesionales precisan potentes herramientas informáticas (no necesariamente de códigos y programas cerrados) y gerenciales para explotar las oportunidades que ofrece la transferencia de recursos, para ampliar su capacidad de respuesta.

Los ejemplos de transferencia del riesgo en el entorno de la prescripción farmacéutica aconsejan prudencia, pues si los incentivos son muy poderosos pueden plantearse fuertes problemas éticos<sup>26</sup>. En otro campo muy importante, la recomendación del reposo (incapacidad laboral), hay un amplio margen para la gestión de los recursos por el médico general, y también para agilizar el seguimiento diagnóstico y terapéutico (margen que ya ocupan las mutuas laborales en el caso de los pacientes que son trabajadores autónomos).

En general, en España, al hablar de transferencia del riesgo se suele considerar sólo la opción «equipo asalariado», y no la del médico de familia como profesional independiente que tiene contrato con el sistema público (lo que domina en muchos países desarrollados, desde Australia a Canadá, pasando por Alemania, Bélgica, Dinamarca, Francia, Países

Bajos, Irlanda, Italia, Japón, Noruega, Nueva Zelanda y el Reino Unido). No se han demostrado grandes ventajas del equipo frente al trabajo en solitario, al menos allí donde se han comparado (Países Bajos y el Reino Unido, cuyos equipos son pequeños, de 3-4 médicos generales que se eligen entre sí, comparten la propiedad privada del centro de salud y seleccionan y contratan al personal auxiliar)<sup>27,28</sup>. En un paso experimental, nada impediría la transferencia de riesgos hasta el profesional independiente que trabajara en solitario formando parte de equipos «funcionales»<sup>29</sup>.

*La lógica lleva a la sustitución de los servicios de abajo arriba (1), pero en la práctica hay una tendencia inversa, ¿por qué?*

Los servicios deberían prestarse en el lugar y el momento adecuados, y por el profesional adecuado, tanto por razones de eficiencia como de seguridad, con una tendencia centrífuga que va de la sala del hospital al domicilio del paciente<sup>30,31</sup>. La evolución científica y tecnológica lleva la sustitución de abajo arriba de los servicios. Por ejemplo, la realización del electrocardiograma era actividad del laboratorio a principios del siglo xx; a finales del mismo era habitual en la atención primaria, y a comienzos del xxi puede efectuarse en casa del paciente, y por él mismo, con interpretación automática o a distancia.

Esta transferencia no se hace sin oposición, que cristaliza en lo que llamamos el «síndrome del barquero». Es síndrome del barquero la situación en la que un profesional retiene un conocimiento o una técnica diagnóstica o terapéutica, pese a que los avances tecnológicos o el desarrollo científico permitirían su manejo por otro profesional más cercano a la población o por el propio paciente<sup>32</sup>. Por ejemplo, el control, en pacientes anticoagulados por fibrilación auricular, del cociente internacional normalizado (INR) en los servicios hospitalarios de hematología o por hematólogos en atención primaria, cuando puede hacerlo el médico general o el propio paciente (con mejores resultados en salud, menos muertes y menos hemorragias graves)<sup>33</sup>.

Por otra parte, la actitud pasiva de los profesionales sanitarios de atención primaria permite el desarrollo de servicios hospitalarios que invaden dicho nivel de atención, como el seguimiento a domicilio de los pacientes con insuficiencia cardíaca<sup>34</sup>. Es un problema no sólo profesional, pues son indudables el atractivo social del brillo tecnológico que emana de los hospitales y el problema de credibilidad de la atención primaria, que contribuyen a explicar el escaso impacto de las tecnologías en la sustitución de servicios<sup>35</sup>.

La transformación científica de la atención sanitaria lleva los servicios de los hospitales al domicilio, del diagnóstico al problema y de la enfermedad al paciente, pero la medicina basada en pruebas refuerza la opción médica biológica y el poder de los especialistas frente al de los generalistas<sup>36</sup>. Situación similar se vive respecto a las enfermeras, que, pese a su efectividad demostrada, no logran, entre otras cosas, la credibilidad intra e interprofesional necesaria para sustituir a los médicos en múltiples tareas (cuestión aparte es la baja o nula eficacia de muchas de las actividades que realizan actualmente las enfermeras de atención primaria, como los chequeos o revisiones, la educación para la salud y otras)<sup>37,38</sup>.

(1) Las políticas sanitarias de sustitución de abajo arriba (y no a la inversa, tan frecuentes) promueven el nivel y al profesional más cercanos al paciente capaces de hacer efectivamente el trabajo. Puede ser incluso el propio paciente, o su familia.

Es urgente que una gestión audaz, innovadora y valiente apoye la necesaria y justificada sustitución, que aumentará la capacidad de respuesta de la atención primaria (al liberar tiempo para que el médico general se dedique a los pacientes complejos y/o graves), centrará la atención en el paciente y en el ciudadano (y no en los profesionales y los servicios) e incrementará la reputación profesional. Ello implica la valoración en profundidad de las competencias profesionales y de las mismas profesiones tal como existen en la práctica, para responder eficientemente a las necesidades de los pacientes y de la sociedad<sup>39</sup>.

*Los servicios que precisa la dependencia en ancianos y en otros pacientes «frágiles» (2) implican la necesidad de una mayor cooperación entre servicios sanitarios y sociales. ¿En qué medida exige ello una mayor capacidad de respuesta de la atención primaria?*

La respuesta transversal y coordinada de servicios sanitarios y sociales es una necesidad creciente, que busca ofrecer aquello que necesita el paciente, tan cerca como sea posible de su domicilio, en el mismo o en un hogar ad hoc (un piso de acogida, asilo u otros). Si los recursos siguen a los ciudadanos, no debería plantearse la atención a la dependencia sin prever la dotación correspondiente, económica, material y personal.

La capacidad de respuesta de la atención primaria, en cooperación con los servicios sociales, exige una nueva agilidad, flexibilidad y polivalencia, pues los perfiles de los usuarios y las situaciones de dependencia son muy cambiantes. En cierto modo, el hogar se convierte en el lugar de prestación de servicios, y la familia y el paciente se integran en el equipo de cuidados (al menos en fases iniciales, y según oportunidad). En estos pacientes se descubre la falsa frontera entre necesidades sanitarias y sociales, pues los problemas tienen siempre un componente mixto y precisan medidas de rehabilitación física y psíquica, de prevención, mantenimiento, y tratamiento.

Las nuevas tecnologías ofrecen oportunidades tanto para el seguimiento del paciente como para el mantenimiento de su calidad de vida y de su capacidad funcional, pero se precisan más recursos, la participación de nuevos profesionales y la coordinación intersectorial.

En todo ello el médico de familia se juega su reputación, pues no es fácil dar respuesta coordinada, que salga de la clínica habitual, y se necesita una gerencia que ayude a enfrentarse al reto, tanto en beneficio del paciente como por prestigio de la atención primaria.

## Conclusiones

La buena reputación del médico satisface al propio profesional, sirve de acicate para la mejora continua de la calidad, facilita la buena relación con el paciente y ayuda en el ejercicio autónomo y responsable de la medicina. La reputación depende de la capacitación, responsabilidad y autonomía profesional, pero en el siglo XXI no es posible lograrla sin el concurso del trabajo gerencial audaz, innovador, inteligente y valiente.

Las 7 cuestiones consideradas en torno a la capacidad de respuesta de la atención primaria permiten hacer explícitos muchos de los problemas que subyacen en el malestar mé-

dico que nos inunda (y que destruye el ejercicio profesional, la buena reputación y a los profesionales, y puede desembocar incluso en huelgas más o menos «inesperadas»). Sirva este trabajo para ayudar en la búsqueda racional de la buena reputación médica, que depende tanto del propio trabajo del clínico como del trabajo del gerente.

## Participantes del Seminario Innovación en Atención Primaria 2006

Juan Carlos Amezcua Goñi, Ana de Blas Llamas, Julio Bonis Sanz, Rafael Bravo, Mónica Caba Cuevas, Josep Casajuana Brunet, Luis Miguel García Omos, Miguel Ángel García Pérez, Teresa Martínez Ruiz, Félix Miguel García, Sergio Minué, Luis Palomo Cobos, Raimundo Pastor Sánchez, Antonia Pedraza Dueñas, Mercedes Pérez Fernández, Miguel Ángel Ripoll Lozano, Juan José Rodríguez Sendín, Rocío Sastre de la Fuente, Juan Simó Miñana, José Ramón Vázquez Díaz y Concepción Violán Fors.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologías. Barcelona: Masson; 2001.
2. Gérvas J. El contrato social de los médicos en el nuevo sistema sanitario. *El Médico*. 2005;940:11-4.
3. Rico A, Saltman RB, Boerma GW. Organizational restructuring in European health care systems: the role of primary care. *Social Policy Admin*. 2003;37:592-608.
4. Gérvas J, Rico A, Seminario de Innovación 2005. Innovación en la Unión Europea (EU-15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:658-61.
5. Peiró S. De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. En: Ortún V, editor. *Gestión clínica y sanitaria. De la práctica clínica a la academia, ida y vuelta*. Barcelona: Masson; 1993. p. 17-87.
6. Ortún V. Claves de la gestión clínica. En: Ortún V, editor. *Gestión clínica y sanitaria. De la práctica clínica a la academia, ida y vuelta*. Barcelona, Masson; 1993. p. 195-221.
7. Ortún V, Gérvas J. Fundamento y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:97-102.
8. Gérvas J, Pérez Fernández M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8:205-18.
9. Anónimo. Carl von Linné, Thomas McKeown, and the inadequacy of disease classification. *Eur J Public Health*. 2004;14:22.
10. Barsky AJ. The paradox of health. *N Engl J Med*. 1988;318:414-8.
11. Sen A. Health perception versus observation. *BMJ*. 2002;324:860-1.
12. Verdú V. Pornoprevención. *El País*. 2003;9350:29.
13. Fugelli P. The Zero-vision: potential side effects of communicating health perfection and zero risk. *Patient Educ Counselling*. 2006;60:267-71.
14. Pérez Fernández M, Gérvas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:65-7.
15. Segura A. El proyecto AUPA Barceloneta. Monografía, 12. Barcelona: Generalitat Catalunya, Institut d'Estudis de la Salut; 2004.
16. Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*. 2003;289:1035-40.
17. Casajuana J. En búsqueda de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. *FMC*. 2005;12:579-81.
18. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;1:405-12.
19. Grenzer V, Olivet M, Lacasa C, Fernández F, Guarga A, Torres MG, et al. La reordenación de la atención especializada en el Sector Sanitario Ciutat Vella: análisis de una experiencia. *Aten Primaria*. 1998;21:277-82.
20. Vargas I. La utilización de mecanismos de asignación per capita: la experiencia de Cataluña. *Cuadernos de Gestión*. 2002;8:167-78.
21. Sicras A, Serrat J. Medida de los pesos relativos del coste de la asistencia como efecto de la aplicación retrospectiva de los *adjusted clinical groups* en atención primaria. *Gac Sanit*. 2006;20:132-41.
22. 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.
23. Reilly BM, Evans AT. Translating clinical research into clinical practice: impact of using prediction rules to make diagnosis. *Ann Intern Med*. 2006;144:201-9.
24. Equipo de Atención Primaria de la Roca del Vallés. Disponible en: [http://www.chc.es/absroca/castella/servei\\_rel\\_odontologia.htm](http://www.chc.es/absroca/castella/servei_rel_odontologia.htm)
25. Rico A, Moreno FJ. La arquitectura de las organizaciones sanitarias en Europa: gobierno, cooperación y evolución. En: Ibern P, editor. *Integración asistencial: fundamento, experiencias y vías de avance*. Barcelona: Masson; 2005. p. 37-73.

(2) Son pacientes frágiles aquellos que es probable que presenten un grave deterioro si no se les atiende correctamente, por estar en situación muy inestable respecto a su salud.

GÉRVAS J ET AL. CAPACIDAD DE RESPUESTA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y BUENA REPUTACIÓN PROFESIONAL, ALGO MÁS QUE BUEN TRABAJO CLÍNICO

26. Consejo General de Colegios Médicos de España. Ética de la relación profesional del médico con la industria farmacéutica y las empresas sanitarias [documento electrónico]. Consejo General de Colegios Médicos; 2006 [consultado 07/06/2006]. Disponible en: [http://www.cgcom.es/de-onto/pdf/06\\_05\\_12\\_relacion\\_industria.pdf](http://www.cgcom.es/de-onto/pdf/06_05_12_relacion_industria.pdf)
27. Bjork C, Gravelle H, Wilkin D. Is bigger better for primary care and trusts? *BMJ*. 2001;322:599-602.
28. Hombergh PVD, Engels Y, Hoogen HVD, Doremalen JV, Bosh WDV, Grol R. Saying goodbye to single-handed practices; what do patient and staff lose or gain? *Fam Pract*. 2005;22:20-7.
29. Gervas J, Simó J. 2015, el día a día de un médico de cabecera. *SEMERGEN*. 2005;31:478-85.
30. Stoockle JD. The market pushes education from ward to office, from acute to chronic illness and prevention. *Arch Intern Med*. 2000;160:273-80.
31. Whitcomb ME. Ambulatory-based clinical education: Flexner revisited. *Acad Med*. 2006;81:105-6.
32. Gervas J, Pérez Fernández M. ¿Cuál es el límite en la prestación de servicios cercanos al paciente? El límite lo marca la tensión entre el síndrome del barquero y el síndrome del gato. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:778-81.
33. Heneghan C, Alonso-Coello P, García-Alamino JM, Perera R, Meats E, Glasziou P. Self-monitoring of oral anticoagulation: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2006;367:404-11.
34. Gervas J, Seminario de Innovación 2005. Sustitución de la primaria por la especializada. Algunas cuestiones en torno al seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca. *SEMERGEN*. 2006;32:125-31.
35. Peiró S, Bernal-Delgado E. ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud? *Gac Sanit*. 2006;20 Supl 1:110-6.
36. Tinetti ME, Fried T. The end of the disease era. *Am J Med*. 2004;116:179-85.
37. Imperial Cancer Research Fund OXCHECK Study Group. Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: final results of the OXCHECK study. *BMJ*. 1995;310:1099-104.
38. Haastregt JC, Diederiks JP, Van Rossum E, De Witte LP, Crebolder HF. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ*. 2000;320:754-8.
39. McKee M, Dubois CA, Sibbald B. Changing professional boundaries. En: Dubois CA, McKee M, Nolte E, editores. *Human resources for health in Europe*. Berkshire: Open University Press; 2006. p. 63-78.