

5. Atención Primaria, 1984-2007. La práctica clínica (acceso y proceso)

Juan Gérvas

Puntos clave

- La reforma de la Atención Primaria (AP) española de 1984 fue una reforma «procontenido», con un cierto abandono de los aspectos de reforma «procoordinación». La reforma de la AP en España es un ejemplo de reforma procontenido.
- El estudio del impacto en la práctica clínica de la reforma (y su evolución en el tiempo y el espacio [CCAA]) es dificultoso, pues los indicadores para el seguimiento de la reforma (y de la actividad de la AP) son escasos, inconsistentes y carecen de validación. Además, no han existido objetivos explícitos de la reforma, más allá de los buenos propósitos tipo «mejorar la salud de la población», «incrementar el acceso a los servicios» y demás. Se echan de menos objetivos definidos y mantenidos, con fechas, cifras y asignación de recursos que permitan la evaluación de su cumplimiento.
- En general, se demuestra una asociación entre mayor relevancia (y dotación de recursos) de la AP y una orientación ideológica del gobierno de las CCAA, con mejores resultados ligados a una política de izquierdas. Existen variaciones enormes entre CCAA respecto a la densidad de centros de atención, y a la dotación de personal de éstos. También respecto al contenido del proceso de atención. Por ejemplo, la densidad de puntos de atención es 23 veces mayor en Castilla y León que en Madrid.
- En todas las CCAA se demuestran problemas de accesibilidad, relacionados especialmente con un deseo de inmediatez en la atención por parte del paciente, al que se está respondiendo escasamente y sin planificación. Las urgencias han aumentado sostenidamente en torno al 6% anual en la pasada década.
- En síntesis, la AP española ha mejorado como consecuencia de la reforma, pero queda mucho por hacer, especialmente en lo que se refiere a accesibilidad, continuidad y coordinación de cuidados.

Introducción

El sistema sanitario presta servicios de atención personal y servicios no personales. Entre los primeros, por ejemplo, los servicios clínicos que prestan los profesionales de la Atención Primaria (AP). Entre los segundos, los trabajos de los salubristas, por ejemplo. La mayor parte de los servicios personales se prestan de forma individual, en un acto muy peculiar cara a cara, durante la entrevista clínica (o encuentro).

Hablo de práctica clínica al referirme a lo que hace y manda hacer el profesional sanitario en el encuentro con el paciente, en el proceso de atención, en el curso de la atención personal. Esta actividad se complementa con el trabajo con grupos de pacientes. En la evaluación del proceso se considera desde el propio lugar de atención, la accesibilidad, la duración de los encuentros, la dedicación horaria del personal, lo que sucede en la consulta, hasta el seguimiento del paciente.

La AP, tal como se concibe en los países desarrollados, es atención médica primaria, atención personal, pues se ciñe a los aspectos clínicos y obvia los aspectos de salud pública y de intervención comunitaria que se atribuyen a la AP en su definición más conocida, la de la Alma Ata, de la conferencia OMS/UNICEF de 1978¹.

En la práctica clínica, es esencial asegurar la prestación de servicios de calidad, en el supuesto de que una atención de calidad se sigue de mejores resultados respecto a la salud del paciente. Es decir, según la clásica distinción de Donabedian², la mejor calidad en la estructura (recursos) y en el proceso (relación de la estructura con la población, y de los profesionales entre sí) conlleva un mejor resultado (cambio del estado de salud atribuible al antecedente del proceso). Por ello, se trata de mantener la calidad del proceso mediante un complejo mecanismo de control de indicadores, y de actividades de formación continuada, e incentivos apropiados.

Lamentablemente, son muy laxos y mal conocidos los nexos entre calidad del proceso y calidad del resultado³. Lo que no obvia el creciente interés por los incentivos que buscan la mejora de la calidad del proceso, del trabajo clínico, lo que se llama pago por calidad o por rendimiento, el *pay for performance* (P4P) de la literatura inglesa^{4,5}. Con estos incentivos se pretende que el profesional sanitario haga bien lo que tiene que hacer. El problema de fondo es que en muchos casos lo que se tiene en cuenta y se valora es la «carga de trabajo», no el impacto de la actividad clínica en la salud del paciente y de la población^{4,6}.

Planteamiento

La reforma de la AP, iniciada en 1984, buscó la mejora del proceso, del contenido de la atención clínica, en la esperanza de lograr con ello un mejor resultado en salud^{7,8}.

La reforma de 1984 fue una reforma «procontenido», con un cierto abandono de los aspectos de reforma «procoordinación». Son reformas procontenido las que buscan mejorar la calidad del proceso de atención mediante cambios de la cantidad, el tipo y la distribución de los recursos asignados. Son reformas procoordinación las que buscan mejorar la calidad del proceso mediante la modificación de las normas que se refieren a la relación entre niveles y entre profesionales^{9,10}.

La reforma de la AP en España es un ejemplo de reforma procontenido. Es ejemplo de reforma procoordinación la reforma inglesa de los *fundholders* (atribución de un presupuesto al médico general con el que «comprar», entre otros, servicios de atención especializada para sus pacientes).

El carácter de reforma procontenido convierte la evaluación del proceso (de la práctica clínica) en pieza clave en la valoración de los éxitos y fracasos de la reforma española de la AP de 1984. Así, dos de los tres puntos básicos de la reforma pertenecen al proceso en un sentido restringido, y los tres en un sentido amplio. Fueron:

1. El paso a trabajo a tiempo completo del médico general (en muchos casos, además, con dedicación exclusiva).
2. La generalización de la historia clínica y de otros sistemas de registro.
3. La capacidad de formar residentes de Medicina de Familia y Comunitaria y de impartir formación continuada en los Equipos de AP¹¹.

El objetivo de este trabajo es el análisis de los cambios en el proceso de atención entre 1984 y 2007. Considero para ello distintos apartados, que se han resumido en el primer párrafo de la introducción, y van desde el lugar de la prestación de servicios a la solicitud de pruebas.

En esta evaluación está implícito un valor filosófico, conductual, pues se acepta que lo que importa es lo que se hace, no lo que se dice. Así, lo importante no son las declaraciones a favor de la AP y/o de la Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC), sino la transformación de la práctica clínica, del proceso de atención, como expresión evidente del impacto de la reforma de 1984.

Desarrollo

En los años previos e iniciales de la reforma, hubo un interés general por tener datos acerca de la actividad clínica. Sirva de ejemplo la actividad del Gabinete de Asesoría y Promoción de la Salud (GAPS) del Colegio de Médicos de Barcelona en la década de 1970¹². Estos trabajos siguieron la estela de otros, ingleses y holandeses, entre los que destacan los de John Fry, Julian Tudor Hart y Donald Crombie. Éste demostró, ya en la década de

1960, que más de la mitad de los problemas de salud que atiende un médico general se resuelven sin alcanzar un diagnóstico definitivo¹³. Por ello, recomendaba evitar el uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), y sus prolijos diagnósticos.

Con este empuje se creó el Comité Internacional de Clasificación de la WONCA (Organización Mundial de Médicos Generales y de Familia), a comienzos de la década de 1970, cuyo primer producto, la Clasificación Internacional de Clasificación de Problemas de Salud en AP, CIPSAP (Clasificación internacional de problemas de salud en Atención Primaria), se incluyó como anexo en el libro *La Medicina Familiar y Comunitaria*, publicado por el Instituto Nacional de la Salud en 1980¹⁴. De hecho, se incluyeron sólo las rúbricas, pero el listado se volvió muy popular, «la clasificación de la WONCA», por su uso en las unidades docentes de MFyC y en la investigación descriptiva que buscaba identificar la actividad en AP.

En 1988 se publicó la traducción completa al español de la segunda versión de la CIPSAP, con definiciones, y de la primera versión de la Clasificación Internacional del Proceso de la AP, también del Comité de la WONCA¹⁴. Posteriormente, en 1997, se publicó la traducción del Glosario Internacional de Medicina General/de Familia, de dicho Comité¹⁵. En las publicaciones españolas sobre la reforma y la actividad clínica en AP, muy abundantes¹⁶, falta el rigor esperable si se hubieran utilizado correctamente esas clasificaciones, de forma que no se ha cumplido el potencial analítico que haría más fácil la evaluación de la reforma.

Para normalizar los resultados de este trabajo conviene aclarar que:

1. Se llama encuentro al intercambio profesional entre el paciente y uno o más miembros del equipo de AP. En cada encuentro puede tratarse uno o más problemas de salud. Hay encuentros directos (cara a cara, en el despacho, en el domicilio del paciente y demás) e indirectos (a través de un tercero, por teléfono, o por otro medio).
2. Es profesional sanitario de AP aquel profesional que presta sus servicios en el sector sanitario. En este proyecto considero profesional sanitario al médico (general/de familia, y pediatra), enfermera, farmacéutico comunitario, trabajador social, auxiliar de clínica y administrativo/celador.
3. Hablo de problema de salud cuando me refiero a cualquier queja, observación o hecho que el paciente y/o el profesional perciben como una desviación de la normalidad que ha afectado, afecta o puede afectar a la capacidad funcional del paciente. Los problemas pueden ser nuevos o conocidos, agudos o crónicos. Los problemas de salud los define el profesional sanitario.
4. Es razón de consulta el enunciado, aceptado por el paciente, del motivo por el que ha tomado contacto con el sistema sanitario. La razón de consulta la define el paciente, y debe ser identificada por él como una descripción aceptable de su demanda.
5. Es longitudinal la atención al paciente por el mismo profesional, en sus distintos problemas de salud y a

lo largo de su vida. La longitudinalidad depende de la relación interpersonal, y tiene en cuenta al paciente en su conjunto, y en su contexto.

6. Es continuidad la concatenación y coordinación de la atención a un determinado problema de salud del paciente. La continuidad requiere soporte documental, pero no personal, pues puede ofrecerse por distintos profesionales si colaboran adecuadamente^{17,18}.

La reforma de 1984 mejoró el contenido de las consultas, y los materiales de que se disponía para la atención al paciente, y al tiempo mejoró la formación del médico general mediante su especialización en MFyC. Además, introdujo el trabajo en equipo, atribuyó nuevas funciones a las enfermeras (que no se especializaron en AP hasta 2007), y añadió personal, como trabajadores sociales y auxiliares de clínica^{7,8}. En el exterior del sistema público, los farmacéuticos de oficina de farmacia (comunitarios) han introducido la atención farmacéutica^{19,20,21}.

Por todo ello ha cambiado y evolucionado la práctica clínica en múltiples aspectos. Lo más importante se refiere al acceso y al proceso de atención.

En este trabajo, por mor de la eficacia, se han seleccionado algunos indicadores que ayudarán a analizar los cambios en el proceso de la atención. Acepto que estos indicadores concretos son expresión de los cambios generales en el proceso de atención. Como es habitual en la investigación de servicios, no importa tanto el resultado con decimales de un determinado indicador, sino la consistencia entre ellos, y las tendencias que marcan.

Metodología

He revisado la información publicada respecto a los indicadores seleccionados, bien en fuentes oficiales, bien en publicaciones científicas, tesis doctorales y otros documentos. Ha sido básico el Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional del Salud (SNS)²², que mantiene el Ministerio de Sanidad y Consumo. En caso de duda, he consultado a expertos en la cuestión.

He utilizado también los conocimientos personales, de ciencia propia, adquirido directamente o a través de compañeros a lo largo de más de 30 años de ejercicio profesional en el SNS (primero Instituto Nacional de Previsión, después Instituto Nacional de Salud, y finalmente, Servicio Madrileño de Salud). En este caso cito como [«ciencia propia», CP].

He obtenido información de otro proyecto previo financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, de evaluación de 20 años de reforma de la AP⁷.

También he obtenido información a lo largo de los Seminarios de Innovación en AP²³.

Ha sido una fuente de gran valor el informe de la Federación de Asociaciones de Defensa de la Salud Pública, sobre AP en las comunidades autónomas (CCAA)²².

He utilizado, también, los materiales empleados para un informe de la Fundación Carolina⁸. Y el material obtenido mediante una encuesta postal directa a los servicios de salud de las CCAA por el propio Equipo de Investigación sobre la AP en España y CCAA, a lo largo de 2007²³.

No he podido utilizar ninguna fuente con datos empíricos mantenidos y homogéneos a lo largo de los años, pues no existen. Frecuentemente todo lo que hay son «declaraciones», que más reflejan intenciones que realidades.

La calidad de los datos no está asegurada, ya que no siempre consta un proceso de validación continuado. Este aspecto es crucial pues, en general, los datos se publican sin que existan procesos de validación de los mismos, o al menos no se declaran tales procesos. Se salvan estos problemas de calidad al considerar indicadores varios y valorar las tendencias globales.

Resultados comentados

Señalo a continuación los indicadores seleccionados para analizar los cambios en el proceso de atención entre 1984 y 2007, y los resultados obtenidos, con algunas acotaciones, estimaciones y valoraciones. Insisto especialmente en los aspectos de organización de servicios, y en las tendencias que se deducen. He intentado mantener de forma independiente los contenidos de los distintos apartados, pero es imposible evitar al completo la «contaminación» entre cuestiones muy relacionadas, como por ejemplo «el lugar de prestación de servicios» y «los profesionales».

El lugar de prestación de los servicios

En los comienzos de la implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, en las décadas de 1940 y 1950, los médicos generales y practicantes (enfermeros con trabajo independiente, casi todos varones) trabajaban en su domicilio. Con el tiempo, se fue desarrollando una red de consultorios de propiedad pública donde pasaron a trabajar los médicos generales y practicantes, y en 1984 los servicios de AP se prestaban básicamente en dichos consultorios y ambulatorios (también en el domicilio del paciente), o en el propio domicilio del médico (en el medio rural), siendo los avisos a domicilio a demanda del paciente/de su familia muy frecuentes (en horario desde las nueve de la mañana «hasta el cierre de los portales», en el medio urbano, y 24 horas diarias en el medio rural). Eran muy infrecuentes los contactos telefónicos.

Centros de salud y consultorios

En los consultorios urbanos, embriones de los centros de salud actuales, existía una estructura básica con una auxiliar administrativa y una «enfermera jefe», y prestaban servicio varios médicos generales y pediatras, ayudados por enfermeras (cada enfermera adscrita a un «despacho», donde pasaban consulta varios médicos, uno cada dos horas y media). Los practicantes también utilizaban el consultorio para la atención a los pacientes de su cupo, con los mismos horarios que los médicos generales (para consulta y para avisos a domicilio). En los ambulatorios, médicos y practicantes convivían con la atención especializada. En el medio rural, el médico y el practicante trabajaban en su domicilio, o en el consultorio local, sin estructura administrativa alguna.

Lentamente, en más de 20 años, la Medicina General/de Familia y la Enfermería se prestan exclusivamente y en exclusiva en los centros de salud, con consultorios locales rurales como «anexos» que dependen del centro de salud. Primero lo inició Andalucía, y todavía en 2007 no ha acabado (con las excepciones de Castilla y León y Navarra), pues persisten consultas de médicos generales y practicantes que trabajan con el modelo tradicional (dos horas y media) en ambulatorios.

La oferta de centros de salud y de consultorios locales rurales es muy variable, y no se corresponde estrictamente ni con población ni con ruralidad. En total, el año 2006, en España, había 2.904 zonas básicas, y casi un centro de salud (son 2.840), y más de tres consultorios (son 10.216 en total) por zona básica²².

Hay grandes variaciones en la oferta de puntos de atención que, puesto que no se explican por la «demanda», no pueden juzgarse como «inocentes», sino expresión de decisiones varias que confluyen en una determinada oferta de centros de salud y de consultorios.

Se puede considerar el número de consultorios por zona básica como un proxy a la accesibilidad rural. Así, por ejemplo, Galicia, con 315 zonas básicas tiene 390 centros de salud y 101 consultorios, mientras Castilla y León, en el otro extremo, tiene 248 áreas básicas con 241 centros de salud y 3.647 consultorios. Es decir, Castilla y León tiene un tercio del total de los consultorios en España, lo que sugiere una decisiva apuesta por la accesibilidad y una discriminación positiva a favor de los núcleos rurales (por oposición a Galicia, que demuestra con hechos lo contrario). Este mismo indicador permite diferenciar Madrid y Cataluña, pues los datos sugieren mucha mayor accesibilidad en esta última comunidad; así, en Madrid hay «megacentros» de salud, lo que exige desplazamientos importantes a los habitantes de las distintas zonas básicas (548, con 249 centros de salud y 159 consultorios), lo que se evita en Cataluña (352 zonas básicas, 352 centros de salud y 892 consultorios).

Madrid ofrece la mitad de los centros de salud que la media nacional, mientras Cataluña se mantiene en la media. Lo mismo sucede si se comparan las dos CCAA insulares, pues Baleares tiene una estructura de locales que garantiza una mejor accesibilidad (49 zonas, 49 centros de salud y 103 consultorios; más de dos consultorios por zona) si se compara con Canarias (106 zonas, 104 centros de salud y 149 consultorios; menos de 1,5 consultorios por zona).

Si se suman centros de salud y consultorios y se divide por las zonas de salud, la media en España es de 4,5. Pero las variaciones son enormes, de hasta 23 veces, entre la media de 15,8 en Castilla y León (y de 10,2 en La Rioja) frente a las de Galicia (1,6) y Madrid (0,7). Ordenadas por esta aproximación a la «densidad» de centros de AP, de mayor a menor, las CCAA se listan como sigue: Castilla y León, Rioja, Aragón, Castilla-La Mancha, Navarra, Andalucía, Extremadura, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, Baleares, Asturias, Canarias, País Vasco, Galicia y Madrid.

Puede observarse que la falta de accesibilidad medida de este modo se inclina hacia las CCAA en que se ha mantenido una ideología de derechas en su gobernación, con la excepción señalada de Castilla y León.

El domicilio del paciente

Los pediatras no hacen avisos a domicilio, ni programados ni a demanda, salvo excepciones insólitas. La situación se ha ido «endureciendo» con los años y con la reforma, de manera que el pediatra en la práctica no sale del centro de salud a prestar cuidados a domicilio, ni en el medio rural ni en el urbano [CP].

Canarias tiene una larga historia de negación del médico de cabecera a realizar visitas a demanda a domicilio. Es una situación aceptada por la población que no ha mejorado ni con la reforma ni con el paso de los años [CP]. En España, en general, la prestación de la atención en el domicilio a demanda del paciente ha ido disminuyendo con los años. De hecho, cada vez más los «avisos a domicilio a demanda» se entienden como urgencia y como elemento rompedor de la atención en el centro de salud.

En todo caso, además, la reforma ha diluido la responsabilidad personal en la respuesta al aviso a domicilio a demanda, y es casi la norma en el medio urbano que los médicos de cabecera se turnen para «hacer avisos a demanda» [CP]. Es una práctica ilegal, pero consentida, que diluye la imagen del médico de cabecera (o personal). Contribuye a romper la longitudinalidad, y dificulta la continuidad, pues obliga a un rigor en la anotación de la visita en la historia clínica que muchas veces no se cumple.

Los avisos programados a domicilio eran frecuentes antes de la reforma, para atención de crónicos, o de agudos hasta su resolución, por el médico general y/o el practicante, a su discreción. Con la reforma, los avisos programados a domicilio han aumentado, y se está presionando para que sean parte fundamental de la tarea de la enfermera, pues se incluyen en la Cartera de Servicios, y en muchos Contratos Programas^{26,27}. En sentido positivo global destaca Extremadura, por la coordinación sociosanitaria en general²⁸.

En Canarias existen «enfermeras de enlace» que buscan asegurar la continuidad asistencial a domicilio. En Madrid y Baleares se consideran de AP los Equipos de Soporte de Atención a Domicilio (ESAD), que colaboran con los médicos de cabecera en la atención a pacientes terminales. Estos equipos tienen, en muchos casos, una dependencia funcional poco clara, pues nacen frecuentemente de servicios de oncología hospitalarios. En la práctica, conllevan, a veces, la exclusividad de la atención a los pacientes terminales, por renuncia o comodidad de los profesionales de los centros de salud [CP].

La atención a domicilio durante el proceso terminal se ha convertido en algo raro, infrecuente, como ha demostrado el escándalo de la muerte de pacientes terminales en urgencias del Hospital de Leganés (Madrid). Además de las dificultades para morir en casa con dignidad, por los rígidos horarios de los médicos generales/de familia, al dolor de la muerte se suman los pro-

blemas burocráticos, a veces excesivos, para la certificación de la muerte, y el entierro²⁹. Está demostrada la asociación entre visitas a domicilio del médico general y la muerte en casa³⁰.

Habrà que esperar una mayor necesidad de atención a domicilio como desarrollo de la llamada Ley de Dependencia (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia), que hará visible (y exigente) a un sector de población hasta ahora marginado.

Urgencias (en el centro de salud, en el domicilio del paciente y en la ambulancia)

La atención urgente se presta en el propio centro de salud o bien en el domicilio del paciente, e incluso en la ambulancia cuando es necesario el transporte.

La organización es muy diferente según las distintas CCAA. Lo habitual es que los profesionales de los centros de salud cubran las urgencias en su zona básica durante su horario laboral³¹.

Las urgencias están aumentando vertiginosamente, por los cambios sociales, por problemas de accesibilidad a la AP en su horario habitual, por la inmediatez deseada, y por la falta de adaptación de los servicios sanitarios a estos cambios. Ejemplo es Asturias, con un crecimiento sostenido de las urgencias de más del 6% a lo largo de la última década (del 8% en urgencias en AP y del 5% en urgencias hospitalarias)³². Naturalmente, el uso de urgencias es mayor por los varones trabajadores, dados sus problemas específicos de accesibilidad³³.

En el medio urbano, las urgencias suelen depender de servicios especializados fuera del horario habitual de los centros de salud. En el medio rural, en general los propios profesionales de los centros de salud hacen guardias para cubrir las urgencias fuera del horario laboral. Se suelen denominar Puntos de Atención Continuada (PAC) los lugares en que se presta esa atención fuera del horario laboral; muchas veces el propio centro de salud. Los PAC han sustituido de hecho a las antiguas Casas de Socorro que en el medio urbano prestaban atención a urgencias ambulatorias.

Tanto en el medio urbano como en el rural, los PAC, al dotarse del mismo personal que los centros de salud, «fuerzan» a que médicos y enfermeras trabajen largas jornadas. Las nuevas normas legales, y las decisiones judiciales, sobre horarios están haciendo imposible esta organización, lo que lleva a la especialización en urgencias, a la dotación de éstas con personal específico, aunque preste servicio en los mismos PAC.

En algunas CCAA, existe la tendencia a que los dispositivos específicos de urgencias cubran las 24 horas, todos los días del año, con personal especializado en aquéllas. En Madrid, se ha terminado aceptando que los avisos a demanda generan una «urgencia», para lo que se está desarrollando un sistema de atención que evite que los médicos de los centros de salud tengan que interrumpir sus consultas para asistir al domicilio a demanda [CP]. Existe una tendencia similar en Castilla-La Mancha. En Andalucía, los Equipos Movilizables de

Cuidados Críticos y de Urgencia están disponibles todos los días, todas las horas. En Galicia, como en Madrid, los médicos de los equipos de AP tienen ciertas restricciones para hacer guardias. Esta organización conlleva, a largo plazo, indudablemente, la desviación de recursos a los servicios de urgencia con la consiguiente disminución de los recursos para la AP (y la pérdida de las habilidades correspondientes de los profesionales de ésta).

Dada la importancia creciente del transporte de pacientes urgentes, y de la prestación de servicios en la propia ambulancia (vehículo terrestre, aéreo o marítimo), el personal dedicado al mismo empieza a ser numeroso y decisivo. Su adscripción a AP o a otros servicios da idea de la concepción política de la organización sanitaria. En varias CCAA, ese personal se engloba en AP, por ejemplo, en Cantabria, Castilla y León, Comunidad Valenciana y La Rioja²⁵.

La atención en instituciones: las «residencias» (asilos de ancianos), las prisiones (cárceles) y otros lugares de prestación de servicios de AP

Desde 1984, la atención a pacientes institucionalizados se ha ido convirtiendo en una labor habitual, por su aumento. Por ejemplo, las llamadas «residencias» (asilos), donde se acoge a los ancianos hasta su muerte, tienen propiedad y regímenes muy variados, y son muy diferentes según el número de pacientes, su dependencia institucional, y otras características. En algunos casos cuentan con médico y enfermera, pero es frecuente que dependan del centro de salud, y que los residentes formen parte de un cupo (o de varios, para repartir la «carga»). Los mayores problemas se generan en torno a la prescripción farmacéutica, y al consumo de material para curas y para deficiencias y minusvalías, como incontinencia urinaria y fecal. Los profesionales del centro de salud atienden a los pacientes en sus consultas o en la residencia. En ocasiones lo hacen en horario extra y bajo contratos complementarios, más o menos autorizados [CP].

En España ha aumentado el número de prisiones y de presos. Normalmente, son profesionales especializados los que prestan servicios de AP a los presos. Es decir, los presos no forman parte de ningún cupo. Sin embargo, en algunas CCAA, como Cantabria y La Rioja, dichos servicios sanitarios penitenciarios se consideran parte de los servicios de AP.

Con el crecimiento de la actividad económica, son relativamente frecuentes los médicos de AP que realizan su trabajo en lugares más o menos insólitos, como, por ejemplo, pesqueros en alta mar. Sin olvidar a los que atienden a las tropas en misiones en el extranjero.

Lugares cambiantes y «dinámicos», en la frontera entre AP y atención especializada

El lugar de la prestación de los servicios es expresión, también, de la «fuerza» de la AP (frente a una atención especializada que pretende ocupar más espacio del conveniente para la salud del paciente)³⁴. Sirva de ejemplo la determinación del INR, práctica que ha llevado a

miles de pacientes, habitualmente, a las salas de espera de los hospitales, para ser controlados por los hematólogos, con todos los problemas de accesibilidad que ello conlleva. Dichos especialistas, afectados por un «síndrome del barquero», han cedido tardíamente ese monopolio, cuando los hechos demuestran que el mejor resultado lo da el autocontrol^{35,36}. Canarias y Murcia ofrecen una imagen de menor accesibilidad, en tanto que el problema está resuelto en la mayoría de las CCAA, como Cataluña y Madrid, generalmente mediante la determinación del INR por enfermeras, en el centro de salud, el consultorio o el domicilio del paciente [CP]. Existe alguna experiencia piloto de autodeterminación del INR, con mayor o menor apoyo de telemedicina, lo que llevará en un próximo futuro al ámbito domiciliario una atención que hace poco se prestaba en el hospital.

Ejemplo opuesto es la insuficiencia cardíaca. La tendencia internacional lleva de la AP al hospital la atención clínica a los pacientes con insuficiencia cardíaca. Son múltiples los estudios que demuestran las ventajas respecto a rehospitalizaciones e incluso supervivencia de la atención por «unidades hospitalarias de insuficiencia cardíaca». Lamentablemente, nunca se ha considerado la alternativa de mejorar la formación y el circuito de atención por AP (por el médico y la enfermera del centro de salud, del cupo del paciente). Todo lo que se hace es trabajar con enfermeras superespecializadas que dependen del hospital y atienden al paciente y su familia en el domicilio o por teléfono, en las consultas hospitalarias específicas. Sin embargo, el éxito de las unidades hospitalarias de insuficiencia cardíaca, con sus enfermeras superespecializadas se debe a una organización típica de AP: a) la visita a domicilio y el contacto telefónico; b) la capacitación de los pacientes y de los familiares en lo referente al plan terapéutico, al autocuidado y a la toma de decisión ante los síntomas de alerta, y c) el fácil y rápido acceso a los profesionales de referencia («de cabecera»), conocidos por el paciente y por sus familiares, capaces de decidir sobre la necesidad de cambios y de uso de recursos complementarios. Si se quiere cambiar esta tendencia, sería lógico que cada paciente con insuficiencia cardíaca recibiera de su médico y enfermera de AP lo que le ofrecen a través de «unidades hospitalarias de insuficiencia cardíaca» y que es tan beneficioso³⁷.

Lugar cambiante con gran futuro es la consulta hospitalaria de alta resolución (CHAR). En las CHAR se da rápida resolución a problemas clínicos, con acceso inmediato (o casi) a las pruebas complementarias necesarias. Si la «alta» resolución pasa a «excesiva» resolución, dichas consultas se convertirán en consultas de AP ubicadas en los hospitales. Las CHAR aparecieron en Andalucía, pero se están extendiendo a todas las CCAA, por su atractivo político y poblacional, al dar satisfacción a la necesidad de inmediatez que la sociedad demanda. En general, se nutren de pacientes de urgencias hospitalarias y de primaria. Con lógica, lo adecuado sería proveer a la AP del acceso que tienen las CHAR a los recursos diagnósticos, para evitar el peregrinar innecesario a los hospitales de los pacientes³⁶.

Opuesta, en cierto sentido, a la CHAR es la hospitalización a domicilio, común en todas las CCAA. El paciente está en su casa, y son los profesionales hospitalarios los que se desplazan para prestar sus servicios. Éstos son continuación de los hospitalarios, tras el ingreso, o tras la consulta a urgencias (hospitalarias). Lamentablemente, la hospitalización a domicilio no suele coordinarse con la AP, que sería lo prudente [CP]. Además, muchos de los procedimientos y problemas cubiertos por la hospitalización a domicilio podrían ser englobados en la AP, sobre todo si contase con un soporte mínimo del estilo de la propia hospitalización a domicilio.

En otra experiencia, española e internacional, los especialistas también han llegado a la AP, a los centros de salud. Son las consultas de especialistas en AP, para atender directamente a pacientes o para hacerlo junto con los médicos de cabecera, para actuar como simples asesores. El modelo no se ha universalizado, y los resultados son de evaluaciones parciales³⁸.

La coordinación entre niveles es un problema internacional, pero las soluciones de la Europa desarrollada parecen no llegar a España³⁷. Hay, no obstante, alguna experiencia española positiva e innovadora³⁹.

Encuentros indirectos por teléfono e Internet

Los encuentros indirectos, por tercera persona, son muy frecuentes en la AP española (hasta el 20 % del total)⁴⁰. Sin embargo, el teléfono e Internet son «alta tecnología», si se juzga por la utilización. Su uso es esporádico y no depende de iniciativa institucional alguna. Este tipo de encuentro indirecto sigue sin ser promovido, o incentivado, en ninguna CCAA [CP].

En alguna Comunidad Autónoma, como Cataluña, se ofrecen servicios telefónicos de atención las 24 horas del día, para resolver dudas y aconsejar. No hay evaluación del impacto en la salud de este tipo de iniciativas. Se sigue así la estela de países como el Reino Unido⁴¹. En ningún caso se prevé que estos servicios telefónicos sirvan para ofrecer consultas (encuentros indirectos por teléfono) de AP propiamente dichas.

Los profesionales

Los médicos

En 1984, en AP trabajaban médicos generales y pediatras (con niños hasta los 7 años)⁷. En los pueblos la asistencia global la prestaban los médicos generales. La reforma ha incrementado en mucho el número total de médicos de AP, ha elevado la edad pediátrica a los 14 años, y ha llevado a los pediatras a muchos centros de salud rurales, de forma que ya sólo es médico «global» (que atiende a toda la población sin distinción de edad) el médico rural de pequeños núcleos poblacionales.

En 2007, las plazas de médico general lo son de Medicina de Familia (unos 25.000). El nombre no ha resuelto por completo los problemas planteados por una situación peculiar, de convivencia de médicos «generales» y «de familia», siendo los primeros el personal a extinguir

que ha renunciado a seguir las distintas vías abiertas para acceder a la titulación de Medicina de Familia.

En 2007, persisten los pediatras como médicos generales de los niños de hasta 14 años (y 18 años en Cantabria) (unos 5.400). La edad pediátrica aumentó con la reforma, sin fundamento científico que justificase la decisión.

A lo largo de los años, España ha seguido la tendencia internacional de reducir el número de personas por médico. Sin embargo, los datos oficiales tienen sólo en cuenta las «tarjetas sanitarias», de la que carecen muchos inmigrantes con derecho a asistencia sanitaria. Puesto que los inmigrantes constituyen un porcentaje variable, pero en torno al 10% del total de la población, los cálculos oficiales tienen este margen de error. El «peso» de esta población no se suele tener en cuenta cuando se planifican los recursos sanitarios [CP].

Lamentablemente, la especialidad de MFyC no es la más atractiva para los residentes, de forma que en 2006 incluso han llegado a quedar plazas libres en el MIR. A este problema se suma la falta de interés por la práctica clínica española de los recién especializados en MFyC, que en porcentajes apreciables (casi del 25%) prefieren emigrar a otros países de la Unión Europea (UE) con mejores condiciones profesionales y laborales.

España ha seguido las tendencias internacionales respecto a la feminización de la profesión médica. Y ello sin planes que permitan la adaptación a una forma distinta de trabajar, en la que lo personal y familiar se valora tanto como lo profesional (forma de trabajo que ha cambiado en el mismo sentido también para los varones).

En 2006, el número de habitantes con tarjeta sanitaria por médico de familia está en una media de 1.702, con un máximo de 1.820 en Baleares, y un mínimo de casi la mitad, 921, en Castilla y León. De menor a mayor número de habitantes por médico, las CCAA se ordenan entre los dos extremos señalados: Castilla y León, Extremadura, Aragón, Castilla-La Mancha, Cantabria, La Rioja, Andalucía, Cataluña, Galicia, Navarra, Asturias, Comunidad Valenciana, Canarias, Murcia, Madrid, País Vasco y Baleares. Este orden confirma la mayor accesibilidad que demostraba el número de centros de salud y consultorios en Castilla y León y demuestra, con esta excepción, que las CCAA gobernadas durante décadas por los partidos de ideología de derechas tienen menos médicos de cabecera por población.

Se confirman los datos con el análisis de los médicos del modelo tradicional («de cupo», de 2,5 horas de consulta) que no se habían incorporado en 2006 al modelo de los centros de salud, de la reforma de 1984. Este indicador se puede utilizar como un proxy del atractivo de la reforma para los médicos generales. El porcentaje sobre el total de los del modelo tradicional en España, el año 2006, fue del 4,6% (tabla 1). Los valores varían entre el 21,6% de Galicia y el 15,8% en Baleares frente al 0% en Navarra y en Castilla y León (aquí, exactamente, el 0,04%). Si se ordenan las CCAA de mayor a menor porcentaje de médicos del modelo tradicional, se obtiene la lista siguiente: Galicia, Baleares, Cantabria, Comunidad Valenciana, País Vasco, Canarias, Madrid, Cataluña, Asturias, Murcia, La Rioja, Castilla-La Mancha, Extremadura, Aragón, Castilla

TABLA 1 CCAA ordenadas según el porcentaje de médicos no integrados («de cupo»)

CCAA	%
Navarra	0
Castilla y León	0,04
Aragón	1
Andalucía	1,1
Extremadura	1,4
Castilla-La Mancha	2,1
La Rioja	2,5
Asturias	3
Murcia	3
Cataluña	4,3
Madrid	4,8
Canarias	5,1
País Vasco	5,6
Comunidad Valenciana	6,3
Cantabria	8,7
Baleares	15,8
Galicia	21,6
Media nacional	4,6

Fuente: SIS del SNS²².

y León, y Navarra (tabla 1)²². Como se puede apreciar, este indicador «cuadra» con los dos considerados previamente, de centros asistenciales por zonas básicas y de número de habitantes por médico de familia.

Cuando se han comparado modelos de provisión de servicios en AP, en Cataluña, se demuestra un mayor porcentaje de médicos de cabecera no integrados cuando la provisión es privada⁴⁶.

Respecto a los pediatras, no existe la especialidad académica en AP. En lo que se refiere a su distribución, las diferencias son marcadas, y reproducen hasta cierto punto las que se refieren a médicos de familia. La media de niños con tarjeta sanitaria por pediatra en España es de 1.065, y los extremos se dan en Asturias (775) y Castilla-La Mancha (1.495). De mayor a menor a mayor número de niños por pediatras, las CCAA se ordenan como sigue: Asturias, Castilla y León, País Vasco, Navarra, Extremadura, Galicia, Aragón, Cantabria, Canarias, Comunidad Valenciana, Madrid, Cataluña, Andalucía, La Rioja, Murcia y Castilla-La Mancha.

Contrariamente a la tendencia mundial, el mundo rural español tiene un exceso de profesionales, especialmente médicos generales/de familia, como se demuestra en casos concretos, como Buitrago del Lozoya (Madrid) y Daroca (Zaragoza), con ocho médicos para una población dispersa de 5.000 habitantes.

Las enfermeras

En 2006 han casi desaparecido las enfermeras de cupo (con un listado de pacientes), que en 1984 tenían un ejercicio profesional muy independiente y eran conocidas como «practicantes». De hecho, representan sólo el 3,2% de un total de casi 27.000 enfermeras de AP²². Si se acepta su persistencia como un proxy del atractivo de la reforma para las enfermeras, las cifras son paralelas al caso de los médicos del modelo tradicional. Nos movemos entre los extremos de Galicia (23,4%) y Baleares

(9,6%) frente a Navarra (0%) y Castilla y León (0,05%)²². La lista de las CCAA ordenadas de mayor a menor porcentaje, es como sigue: Galicia, Baleares, Comunidad Valenciana, Murcia, País Vasco, Asturias, Cantabria, Canarias, Extremadura, Cataluña, Aragón, La Rioja, Murcia, Andalucía, Castilla-La Mancha, Castilla y León y Navarra (tabla 2). Como se ve, es casi un calco del listado para médicos del modelo tradicional.

Las enfermeras de los consultorios y ambulatorios, que actuaban de secretarías y ayudantes del médico general y del pediatra (aproximadamente, una enfermera por cada tres médicos, que se turnaban cada 2,5 horas en el despacho que ocupaba permanentemente la enfermera) se han independizado y llevan sus propias «consultas de enfermería». También ha aumentado su número, con una tendencia a los «miniequipos» de una enfermera y un médico. Hasta el año 2006 no se impuso su especialización académica en AP.

Pese a todo, España no ha corregido su llamativa distribución porcentual de enfermeras en AP, de forma que se mantiene un ligero predominio de los médicos (30.000 frente a 27.000, en cifras redondas). Ello es absurdo, y provoca que los médicos realicen muchas labores que en otros países llevan a cabo las enfermeras. De hecho, la anómala carencia de enfermeras en España afecta a la AP y a la hospitalaria, pues la media del total en Europa es de 843 enfermeras por 100.000 habitantes, y en España son 500 (un déficit del 40%, de 342 enfermeras por 100.000 habitantes)⁴². En este sentido global, Navarra roza la media europea, 838 enfermeras por 100.000 habitantes, y Murcia está en la vertiente opuesta, 378 por 100.000 habitantes⁴².

Respecto a la «densidad» de enfermeras de AP por habitantes con tarjetas sanitarias, la media en España es de 1.652. Existen diferencias por CCAA, pero son menores que respecto a los médicos. Van de 1.153 en Castilla y León a 2.110 en Baleares²². El listado de CCAA, de

mayor a menor densidad de enfermeras en AP es: Extremadura, Castilla-La Mancha, Navarra, Aragón, Cataluña, La Rioja, Cantabria, Asturias, Comunidad Valenciana, Canarias, Andalucía, País Vasco, Galicia, Madrid y Murcia. Aunque la imagen no es tan clara como en otros indicadores citados, se reproduce el sesgo de los gobiernos de izquierda a favor de la mayor densidad de recursos en AP.

En muchos casos, los centros de salud cuentan con matrona, a tiempo parcial o completo, según las necesidades²², por ejemplo en Aragón, Castilla y León, Madrid, País Vasco y La Rioja.

Otros profesionales

Algunos centros de salud cuentan con veterinarios y con farmacéuticos. Aquellos dedicados a salud pública, y éstos a la prescripción racional. Tal sucede en Andalucía (veterinarios) y en Galicia (farmacéuticos).

Se han incorporado a la AP los trabajadores sociales, que pueden depender del propio sistema sanitario y trabajar en los centros de salud, o ser personal ajeno, de los servicios sociales, y trabajar en otros locales. Destaca su integración en Extremadura, con una positiva coordinación sociosanitaria destacada.

Aunque hay auxiliares de enfermera, su número es anecdótico en los centros de salud. Esto provoca que las enfermeras hagan labores que podrían hacer sin dificultad dichas auxiliares. Además, este tipo de profesional podría prestar una ayuda inestimable en la consulta del médico, que se ve solo en situaciones como exploraciones ginecológicas, y que lleva el peso de todo lo que se refiere a cuestiones administrativas, de recambio de material y demás [CP].

El personal administrativo ha adquirido nuevas responsabilidades, mucho más allá de la simple cita. En los centros de salud ha aumentado la cantidad de personal administrativo y en general no sanitario. En España hay un total de casi 14.000 auxiliares administrativos en AP, y algo más de 20.000 profesionales no sanitarios (que incluyen a los administrativos, personal de mantenimiento y otros). Por población con tarjeta sanitaria, hay un auxiliar administrativo por cada 3.195, de media. Existen amplias variaciones autonómicas, con mayor densidad de administrativos en el País Vasco y Cataluña (con 2.609 y 2.611 tarjetas por auxiliar, respectivamente) frente a las menores cifras en La Rioja y Baleares (5.287 y 4.353, respectivamente)²².

En AP ha desaparecido mucho personal tipo bordadoras. Otro se ha externalizado, por ejemplo, el dedicado a las labores de limpieza, que habitualmente se contrata a una empresa especializada [CP].

Los farmacéuticos de oficina de farmacia siguen con escasa relación con los centros de salud. Aunque las oficinas de farmacia son entidades sanitarias, su régimen de propiedad, privada, parece que dificulta la esperable relación con los médicos de AP. Naturalmente, existen experiencias de relación fructífera, como en el extinto centro de salud de la Barceloneta (Barcelona)⁴³. En un pequeño porcentaje de farmacias (en 2006 menos del 10%, con mayor implantación en Asturias, Cataluña, Ex-

TABLA 2 CCAA ordenadas según el porcentaje de enfermeras no integradas («practicantes»)

CCAA	%
Navarra	0
Castilla y León	0,05
Castilla-La Mancha	0,3
Andalucía	0,4
Murcia	0,6
La Rioja	1
Aragón	1,2
Cataluña	1,6
Canarias	2
Extremadura	2,1
Cantabria	2,5
Asturias	2,6
País Vasco	2,9
Madrid	3,6
Comunidad Valenciana	4,3
Baleares	9,6
Galicia	23,4
Media nacional	3,2

Fuente: SIS del SNS²².

tremadura, Madrid y Valencia) se ha implantado la atención farmacéutica, práctica clínica que pretende el mejor seguimiento de la medicación y del paciente.

Se ha introducido un grupo de profesionales de apoyo a la gestión, con aumento desproporcionado de la plantilla de dirección, desde personal para la gestión a personal de apoyo. Por ejemplo, los farmacéuticos de gestión (de «AP»), que fomentan el uso racional del medicamento y que en algunos casos, como en Galicia, se integran en los propios centros de salud [CP].

Los Equipos de AP

En los centros de salud el personal forma un equipo (el Equipo de AP), que elige un coordinador (al que da el visto bueno la gerencia) y tiene actividades comunes, como formación continuada. Los equipos tienen una media de 27 profesionales, en total (unos 77.500 profesionales para 2.840 centros de salud en España, corregido por los centros de salud que tienen más de un equipo), pero hay grandes variaciones²². Por ejemplo, centros rurales con 7 profesionales (3 médicos, 3 enfermeras y 1 auxiliar administrativo) y centros urbanos con hasta 60 profesionales [CP].

Los equipos tienen una población asignada, en una zona geográfica limitada (zona de salud, en su denominación más común). Puesto que hay 2.904 zonas básicas en España, se puede atribuir una media de 15.000 personas por zona y por centro de salud (hay aproximadamente un centro de salud por zona de salud).

En general, hay un equipo por centro de salud, pero en algunos casos el edificio alberga varios equipos, habitualmente dos, en turno de mañana y tarde. La coordinación entre estos equipos que comparten edificio es más bien escasa. También es infrecuente el verdadero trabajo en equipo en el Equipo de AP⁷. Debe hacerse notar que los equipos en AP en el mundo son más una entelequia deseable que una realidad, y que no demuestran claramente sus ventajas frente al trabajo en solitario incluso cuando los equipos se forman con médicos que se eligen entre sí, y son profesionales independientes, propietarios del centro de salud, y contratan al personal auxiliar (enfermeras incluidas)^{44,45}.

Lo frecuente es el trabajo en grupo. Los profesionales, aunque sean cuasifuncionarios, conservan una casi total independencia práctica, y son pocos los equipos que logran un trabajo coordinado. Tiene mucho que ver en este fracaso las escasas relevancia y autoridad del coordinador/director del equipo. Su capacidad de decisión está muy limitada, y se suele ceñir a la resolución de problemas de suplencias, alguna participación en la distribución final de incentivos y poco más [CP]. El coordinador no tiene capacidad de contrato de personal, ni de compras, ni de inversiones, ni de gestión territorial.

Accesibilidad y tiempos de atención

Cita previa

En 1984, los pacientes acudían espontáneamente antes del comienzo de la consulta y hasta media hora del co-

mienzo de ésta, y eran recibidos conforme llegaban, a veces tras tiempos de espera excesivos, lo que creaba incomodidad y problemas en la sala de espera, por las aglomeraciones.

El programa de cita previa para las visitas espontáneas se inició en el País Vasco, y hoy está extendido a toda la geografía. Pero lo que se inició como una experiencia positiva que evitaba aglomeraciones se ha transformado en 2007 en un sistema que «frena» al paciente³³. De hecho, empieza a ser frecuente que no se logre la cita con el propio médico sin esperas de 2, 3 y más días (hasta 15) [CP]. Se crean así dos clases de pacientes, los que pueden esperar, que se acogen al programa de cita previa y son vistos por su médico, y los que no pueden esperar, que son atendidos en el centro de salud por el médico de turno dentro de un conjunto de «urgencias», o pacientes sin cita previa (generalmente trabajadores en activo). Se pierde con ello la longitudinalidad (al no ser atendidos por su propio médico) y se amenaza la continuidad (si no se utiliza la historia clínica adecuadamente). Además, las trabas a la consulta con el propio médico desaniman al paciente, lo que unido a los problemas de acceso horario para los pacientes que trabajan o estudian, lleva a un incremento sostenido de la utilización de los servicios de urgencias (hospitalarios y de AP), que en algunos casos llegan a funcionar en mucho como verdaderos centros de salud de atención «inmediata». Estas listas de espera tienen que ver más con problemas de microgestión (de gestión de la lista de espera) que con falta de recursos, como se demuestra al controlar estrictamente tiempos de atención de 10 minutos, pues se demuestra que en muchos casos «sobra tiempo».

Para resolver el problema, se ha recurrido en algún caso al contrato de un médico «de urgencias» que refuerce al personal del centro de salud, para atender a los pacientes sin cita previa. Con ello se corre el peligro de convertir a los médicos de AP en «especialistas en crónicos», pues sólo los pacientes con problemas crónicos estabilizados podrían saltar la barrera de la cita previa.

El tiempo medio de espera para tener un encuentro cara a cara con su propio médico puede variar según CCAA, pero no existen datos. Aparentemente, la demora en Andalucía no existe, mientras es la norma en otras comunidades autónomas como Madrid.

Por otra parte, cuando se ha comparado la provisión de servicios entre distintos modelos de provisión de servicios en Cataluña, se demuestra que las entidades de base asociativa (EBA) tienen 0,5 días de media de espera para la visita espontánea, mientras ese tiempo es de 3,79 días para los equipos del grupo de centros de salud de gestión pública. En total, la media es de 2,89 para todos los modelos de provisión de AP en Cataluña⁶.

En el medio rural, en los consultorios de los pueblos, no suele existir la cita previa, y los pacientes son atendidos conforme llegan, en un sistema de «dar la vez», muy efectivo [CP].

La cita previa permite obtener la hora con el profesional mediante presencia física en el centro de salud,

por teléfono o por Internet. En algunos casos, los servicios telefónicos de cita previa están centralizados (tipo centralita, *call center*, como en Aragón y Castilla-La Mancha. Estos servicios son de los «externalizables».

Por último, la cita previa del paciente referido a los servicios especializados también ha cambiado desde 1984. En aquellos tiempos el paciente acudía a la consulta del médico especialista, o al servicio diagnóstico correspondiente, con el volante del médico de cabecera, y era visto en el momento, con un sistema de «dar la vez» que conllevaba tiempos de espera no controlables y aglomeraciones. En la actualidad, en la mayoría de los casos, se consigue por vía informática desde la recepción-administración del centro de salud. También hay CCAA en las que el médico de cabecera puede entrar directamente en la agenda del médico especialista, y conseguir la cita directamente para el paciente referido a los servicios especializados, de lo que es un buen ejemplo Navarra⁴⁷.

Tiempo de consulta por paciente

El médico general de 1984 tenía 2,5 horas de consulta, que generalmente se reducían a 2 horas, por falta de despachos, con tiempos medios por paciente en torno a los 3 minutos (5 min como mucho)^{7,18}.

La reforma conllevó la extensión del horario, hasta 8 horas diarias (7 h en la actualidad). La ampliación del horario de trabajo aumentó el tiempo de consulta por paciente, pero mucho menos del esperado (por el incremento de la población, de la frecuentación, y por los «recortes» del tiempo clínico)³⁵. De hecho, la Plataforma 10 Minutos tuvo éxito en una huelga de médicos, en noviembre de 2006, realizada para reivindicar los 10 minutos por encuentro.

Los cálculos de tiempo de consulta se hacen sobre horarios teóricos y medias anuales. Por ejemplo, al comparar tiempos en Cataluña según modelo de provisión de servicio, se calcula un tiempo medio de 10 minutos para consultas de Medicina de Familia, y de 11 minutos para la Pediatría. Estos tiempos son teóricos, y pueden no corresponderse con los que se dan en la realidad, por las cargas administrativas de las consultas, y por los «recortes» en los horarios clínicos. Es decir, en la mayoría de los casos los cálculos de tiempos de duración de los encuentros se hace sobre la frecuentación (número de pacientes atendidos) y las horas teóricas dedicadas a la atención clínica. Generalmente, se obtiene el tiempo de consulta al dividir la media de los pacientes atendidos en el día por los minutos teóricamente dedicados a la actividad clínica.

Cuando se tiene información sobre tiempos reales en AP, en muchas ocasiones la consulta no llega a los 10 minutos, aunque se disponga de ese tiempo por cada consulta.

Por ejemplo, entre estos «recortes» del tiempo clínico (tiempo oficialmente dedicado a la atención clínica pero que en el día a día tiene otros usos), los dedicados a los representantes farmacéuticos. Cada médico de AP que registra tiempos reales y dispone de agenda informatizada con tiempos reales de duración de los en-

cuentros, dedica unas 2,5 semanas al año a atender a los representantes.

En su comienzo, la reforma se acompañó de una distinción rígida entre horario dedicado a consulta a demanda (con tiempos muy cortos para cada encuentro) y consulta programada (con tiempos de hasta 30 minutos por paciente). En 2007, la distinción fue menos rígida, y muchos médicos dedican 5 horas a la pura consulta a demanda [CP]. Las enfermeras han tenido más éxito en lograr tiempos de consulta de hasta 15 minutos (estos tiempos conllevan baja «productividad», lo que en muchos casos podría hacer más caro el acto de enfermería que el acto médico en AP).

Aumento del horario de atención y accesibilidad

Respecto a accesibilidad, la presencia de nuevos centros de salud ha aumentado la oportunidad de tener un recurso de AP al que acudir andando. Sin embargo, la rígida utilización de la cita previa y las limitaciones horarias de los centros de salud conllevan una menor accesibilidad real, sobre todo para los trabajadores, lo que repercute en el señalado mayor uso de las urgencias hospitalarias (que aumentan no sólo por el problema de la accesibilidad, sino por cuestiones varias, como el ansia de inmediatez en la atención y el atractivo de la tecnología).

Los centros de salud ofrecen mayoritariamente horario de mañana (de 8 a 15 h), o de mañana y tarde (de 9 a 17 h). Son pocos los que tienen consultas abiertas a partir de las 19 horas, pues aunque en algunos casos no se cierran hasta las 21 horas es infrecuente que se reciban pacientes hasta última hora^{7,8}. Entre otras cosas, porque nunca se ha reglado correctamente las ampliaciones de horarios como en el caso comentado (aceptación de horarios muy flexibles que pueden hacer que el centro de salud se cierre después de la hora habitual). Se ha admitido en algunos casos el cambio de horario de consulta a días marcados de mañana y de tarde, lo que mejora para el profesional la compatibilidad entre vida laboral y familiar [CP].

En conjunto, los médicos de AP, generalistas y pediatras, las enfermeras y otros profesionales cumplen horarios rígidos, y las propuestas de cambio no se hacen en forma que sean económicamente generosas ni profesionalmente atractivas. Como se ha podido ver, la consecuencia es la pérdida de accesibilidad (y de longitudinalidad y de continuidad). Los intentos de flexibilizar los horarios y de mejorar la accesibilidad han encontrado el rechazo profesional, como defensa de derechos adquiridos y como forma de seguir pudiendo compatibilizar vida laboral y vida familiar.

Hay problemas similares en otros países, como el Reino Unido, donde es cada vez más frecuente que los médicos generales rechacen una vida profesional incompatible con la familiar, lo que se traduce en pérdida de la longitudinalidad, por no realizar guardias nocturnas (ni en festivos), y acortar los horarios de atención⁴⁸.

Las dificultades en la accesibilidad pueden contribuir a explicar, parcialmente, el aumento de las pólizas privadas, bien individuales, bien colectivas (que se fo-

mentan a través de la detracción de las primas a los trabajadores de los impuestos de las empresas).

Capacidad de resolución de problemas

Toda reforma procontenido implica la mejor formación de los profesionales (para asegurar conocimientos, habilidades y actitudes que faciliten el uso de los recursos y la ampliación de la oferta de servicios) y la dotación de los centros de atención de más variados y mejores recursos^{9,10}. El objetivo es lograr un aumento de la cantidad y calidad en la respuesta a los problemas atendidos, lo que permite abarcar una mayor gama de éstos. Por supuesto «resolver problemas de salud» no es equivalente a «curar»; resolver implica la contención del problema en su nivel, bien con una actitud de espera expectante, con el alivio del sufrimiento, con el seguimiento de la evolución y, en algunos casos, con la curación⁴¹. Lo importante es que los pacientes derivados (sobre los que se pierde temporalmente la responsabilidad) acceden al nivel especializado en tiempo y condiciones oportunas^{31,38}.

La reforma procontenido ha conseguido su propósito mediante el cumplimiento de los dos requisitos señalados, con la especialidad de Medicina de Familia como expresión de mejor formación, y con la construcción, dotación y acondicionamiento de centros de salud provistos de material esencial (desde aparatos para ayuda al diagnóstico, como espirómetros y electrocardiógrafos, a ordenadores y redes telemáticas, pasando por material para cirugía y desfibriladores). Además, se ha ampliado progresivamente el acceso a pruebas diagnósticas (en 1984 el médico general apenas podía ordenar algo más que radiología y analítica básica, y en 2007 tiene acceso a un amplísimo catálogo, más o menos regulado).

Se ha implantado en muchos casos la cirugía menor, la consulta de la embarazada, del niño sano y otras actividades con distinta calidad e intensidad. Es frecuente la inclusión de actividades de control de la natalidad (anticonceptivos orales) pero hay gran variedad respecto a algunos servicios como la implantación de dispositivos intrauterinos, la contracepción de emergencia, y demás. En todos los centros se ha desarrollado el plan de vacunaciones, infantil y en adultos. Todo ello recibió un fuerte impulso con el establecimiento de una cartera de servicios a finales de la década de 1990, que ha evolucionado a una cartera básica aprobada por el Consejo Interterritorial en 2006, que en muchos casos se fomenta mediante un «contrato» (contrato-programa) con cada equipo, en el que se marcan objetivos e incentivos, también acerca del mejor uso de medicamentos y de bajas laborales. Las evaluaciones necesarias para dar fe del cumplimiento del contrato conllevan la introducción de una cultura de la calidad. Lamentablemente, no ha sido infrecuente el «maquillaje» de los resultados, o el trabajo centrado en lo «medible», en detrimento de la aproximación global que se pretendía^{49,50}. Éste es un problema común a todo sistema de fomento de calidad y de incentivación.

Los profesionales de AP participan en programas de prevención y seguimiento de distintas enfermedades y

problemas (tabaquismo, cáncer, enfermedad cardiovascular y otros), lo que ha contado con el apoyo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (su programa PAPPs). La reforma ha conllevado mayor actividad preventiva, y lo ha logrado, en general, sin desigualdades de clase social, ni sexo⁵¹. A veces el ímpetu preventivo es excesivo, sin fundamento científico, basado en protocolos y guías cuya evaluación demuestra graves deficiencias. En la práctica, esta «falsa prevención» llena de naderías la consulta y contribuye al descrédito de la Medicina de Familia⁵². Ciertamente, las actividades preventivas y muchas de las promovidas por la cartera de servicio suponen cargas adicionales de trabajo y exigen un gran despliegue burocrático (p. ej., para documentar su cumplimiento), lo que compite en tiempo y oportunidad con la actividad clínica diaria, en detrimento de ésta⁵⁴.

Si se valora el conjunto de actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas (realizables en los centros de salud, o directamente accesibles a los médicos de familia), puede lograrse una imagen de la capacidad de resolución de problemas en AP. También se obtiene una radiografía del pensamiento que guía la planificación de servicios en las distintas CCAA. Por ejemplo, un punto crítico que da una idea global de atención integral y capacidad de resolución de problemas es la realización de actividades de ginecología por los profesionales de AP (toma de muestras vaginales y citológicas, implantación de dispositivos intrauterinos [DIU], prescripción-dispensación de anticonceptivos, implantación de pesarios, etc.). Lo más habitual es resolver estas cuestiones mediante la inclusión de la matrona entre el personal del centro de salud que, como se ha hecho constar, es habitual en varias CCAA. Pero, si se considera a la AP como un escalón básico, con poca capacidad de resolución de problemas, puede desarrollarse todo un equipo específico que sustraiga estas tareas de las manos de médicos y enfermeras de AP, como es el caso de Baleares. Allí la Unidad de Atención a la Mujer, de las que había 15 en 2006 (12 en Mallorca, 2 en Menorca y 1 en Ibiza) resuelve y da respuesta ginecológica muy accesible, con un dispositivo ajeno a la AP, dotado de ginecólogo, matrona y enfermera ginecológica. Cataluña y Murcia son CCAA que siguen hasta cierto punto este modelo balear. En el extremo opuesto están, por ejemplo, Aragón, Castilla y León y Extremadura, en donde las matronas y los propios médicos de familia y enfermeras de los centros de salud tienen un papel relevante²². En otro ejemplo respecto al control periférico de la coagulación sanguínea (INR capilar), hay menos presencia de la AP en Baleares, Canarias, País Vasco y La Rioja²⁵. Si se tiene en cuenta el conjunto de «capacidades» de resolución de problemas (dotación y acceso directo a pruebas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos) el listado de CCAA es como sigue, de menor a mayor capacidad: La Rioja, Castilla-La Mancha, Extremadura, Canarias, Madrid, Navarra, Baleares, Galicia, Murcia, Asturias, Comunidad Valenciana, Andalucía, País Vasco, Aragón, Cantabria, Cataluña y Castilla y León.

Estos resultados son parecidos a los obtenidos por la Federación de Asociaciones de Defensa de la Salud Pública, que clasifican y ordenan las CCAA, respecto a la AP en: excelente (Aragón, Asturias y Cantabria), aceptable (Castilla y León, Cataluña, País Vasco, Andalucía, Castilla la Mancha y Extremadura), regular (Navarra, Comunidad Valenciana, Galicia y Baleares) y con deficiencias graves (La Rioja, Murcia, Madrid y Canarias).

Por supuesto, las capacidades consideradas son teóricas, pues se basan en la disponibilidad del acceso directo a pruebas y procedimientos. No existen datos globales empíricos respecto a estas cuestiones.

La mayor capacidad de respuesta a los problemas conlleva un mayor uso de recursos (cuenta, también, el «atractivo tecnológico»). Por ello, por encuentro y problema, se utilizan más pruebas diagnósticas y más métodos terapéuticos, desde radiografías y electrocardiogramas a ecografía y medicamentos. En parte, este aumento de la utilización de recursos se debe al uso y difusión de protocolos y guías clínicas. A veces no se corresponde con un beneficio en salud, como en el caso del abuso de radiología, o de análisis sistemáticos en el seguimiento de procesos como la hipercolesterolemia y la hipertensión.

Existe una tendencia internacional a la superespecialización de los médicos generales que se está implantando con poco fundamento científico. Tiene gran atractivo clínico, por su teórico potencial para aumentar

la capacidad de resolución de problemas en AP, pero en la práctica los resultados son neutros o negativos^{53,54}.

Son muy primitivas las aplicaciones informáticas en AP (llegan a hacer un uso irracional del concepto de episodio, y llevan a que el médico confunda la razón de consulta con el problema atendido) [CP]. Así, por ejemplo, no existe compatibilidad entre las historias clínicas electrónicas de las distintas CCAA, lo que resta capacidad de resolución de problemas en los pacientes desplazados. El potencial de las nuevas tecnologías en AP está por desarrollar; por ejemplo, ayudas al diagnóstico durante el proceso de atención. Existe alguna experiencia piloto de telemedicina, y se está difundiendo el estudio de la retina con cámara digital y asesoramiento oftalmológico a distancia.

La atención a grupos y la atención comunitaria

La atención a grupos y la atención comunitaria son asignaturas pendientes. Fueron bandera de la reforma en 1984 y, teóricamente, constan como parte de la oferta de servicio de todas las CCAA, sin excepción. En la práctica, son infrecuentes y se centran en algunos pocos tipos de problemas, como diabetes, tabaquismo y obesidad.

Hay ejemplos excelentes y anecdóticos de atención a grupos de pacientes (mujeres maltratadas, cuidadores de crónicos recluidos en su domicilio y demás). Existe colaboración ocasional con las escuelas.

Recomendaciones

- Se necesita más información empírica sobre la evolución de aspectos clave en el proceso y el acceso, como la distribución real del tiempo de trabajo de los profesionales, y los minutos por paciente según problemas de salud y características socioeconómicas. Es esencial definir objetivos, indicadores, condiciones de validación y calendarios con cifras que conseguir y con la planificación de los recursos apropiados. Conviene una estabilidad y cierta uniformidad de los indicadores, que permitan el análisis a lo largo del tiempo y del espacio.
- En el futuro se precisa mejorar las características básicas de la AP que demanda una sociedad en que se valora la continuidad de la atención. En ello es fundamental el refuerzo del médico personal, el «de cabecera» de toda la vida, y para toda la vida.
- Sería clave redefinir el papel de la enfermería en AP, para aumentar su trabajo con pacientes complejos (comorbilidad, básicamente) y a domicilio.
- Dado el potencial y el coste de las nuevas tecnologías, es crucial establecer un acuerdo entre CCAA respecto a su mejor uso, y un mayor protagonismo de los profesionales respecto a su diseño y capacidades. Se precisa una actitud de cambio de la reforma para ampliar su componente de procontenido, y para introducir un fuerte componente de procoordinación. Para ello, los especialistas deberían adoptar un papel de consultores.
- Desconozco el proceso de decisión que lleva a mejores resultados en la práctica clínica (acceso y resultado) en las CCAA gobernadas por partidos de ideología de izquierdas, pero animo a su estudio para comprenderlo en profundidad.
- La AP tiene un componente clínico que le da crédito poblacional. Por ello, es importante lograr un balance adecuado entre actividades curativas y preventivas, priorizando y reduciendo estas últimas a las que tengan mayor valor demostrado en la salud individual y colectiva.

Bibliografía

1. OMS/UNICEF. Alma Ata 1978. Atención Primaria de Salud. Ginebra: OMS; 1978.
2. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.* 1966; 44:166-206.
3. Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract.* 2001; 51:303-9.
4. Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gain? *J Health Serv Res.* 2006;11:27-31.
5. Ortún V. (Nuevas) formas de incentivación en Atención Primaria. Seminarios Innovación AP. Fundación Ciencias de la Salud. 2007. Disponible en: www.fcs.es
6. Heath I, Hippisley-Cox J, Smeeth L. Measuring performance and missing the point. *BMJ.* 2007;335:1075-6.
7. Gérvas J, Pérez Fernández M, Palomo Cobos L, Pastor Sánchez R. Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: www.diezminutos.org
8. Rico A, Freire JM, Gérvas J. El sistema sanitario español (1976-2006). Factores de éxito en perspectiva internacional comparada. En: Espina A (coord.). Estado de bienestar y competitividad. La experiencia europea. Madrid: Fundación Carolina/Siglo XXI; 2007. p. 401-44.
9. Rico A, Saltman RB, Boerma WGW. Organizational restructuring in European health care systems: the role of primary care. *Social Policy Adm.* 2003;37:592-608.
10. Gérvas J, Rico A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. *SEMERGEN.* 2005;31:418-23.
11. Gérvas 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 Clín (Barc).* 2005;124:778-81.
12. Gol J, Jaén J, Marcos JA, Casares R, Foz J, Moll J, et al. El médico de cabecera en un nuevo sistema sanitario. Barcelona: Fontanella/Laia; 1980.
13. Crombie D. Diagnostic process. *J R Coll Gen Pract.* 1963; 6:579-89.
14. Comité de Clasificación de la WONCA. Clasificaciones de la WONCA en Atención Primaria. Barcelona: Masson/SG; 1988.
15. Comité de Clasificación de la WONCA. Glosario Internacional de Medicina General/de Familia. Barcelona: semFYC; 1997.
16. Lorenzo-Cáceres A, Otero A. Publicaciones españolas sobre evaluación de la atención en España tras veinte años de reforma (1984-2004). Análisis temático y bibliométrico. *Rev Esp Salud Pública.* 2007;81:131-45.
17. Gérvas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. *Aten Primaria.* 1995;16:501-6.
18. Ortún V, Gérvas J. Fundamento y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clín.* 1996;106:97-102.
19. Consenso de Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Farmacia; 2001.
20. García Cebrián F, Gérvas J. La atención farmacéutica en España: contraste entre las expectativas y la realidad. *Pharm Care Esp.* 2006;8:28-32.
21. Gérvas J. Seminario Innovación 2005. Sustitución de la primaria por la especializada. Algunas cuestiones en torno al seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca. *SEMERGEN.* 2006b;32:125-3.
22. SIS del SNS. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>
23. www.fcs.es
24. FADSP. Informe: Evaluación de la Atención Primaria en las CCAA. Madrid: FADSP; 2007. Disponible en: www.fadsp.org/pdf/APGCCAA07.doc
25. Anexo 1. Universitat Pompeu Fabra (UPF). Encuesta del Equipo de Investigación sobre La Atención Primaria de Salud en España y sus Comunidades Autónomas. Barcelona. 2007.
26. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Ley catálogo.
27. Gómez G, Marín M, Peña E. Evolución de la Cartera de Servicios de Atención Primaria y sus repercusiones en Andalucía. El caso del centro de salud de Maracena (Granada). *Salud 2000.* 2007;112:17-23.
28. Herrera E. Políticas de coordinación sociosanitaria en Extremadura. *Salud 2000.* 2007;114:9-12.
29. Gérvas J. Morir en casa con dignidad. *Acta Sanitaria.* Dic. 2007. Disponible en: http://www.actasanitaria.com:80/acta_sanitaria/frontend/desarrollo_noticia.jsp?idCanal=10&idContenido=5901
30. Aabom B, Kragstrup J, Vandeling H, Bakketeig LS, Stovring H. Population-based study of place of death of patients with cancer: implications for GPs. *Br J Gen Pract.* 2005;55:684-9.
31. Pané O. La efectividad de la Atención Primaria. Seminarios de Innovación Atención Primaria. Fundación Ciencias de la Salud. 2006. Disponible en: www.fcs.es
32. Oterino D, Baños JF, Fernández B, Rodríguez A, Peiró S. Urgencias hospitalarias y de Atención Primaria en Asturias: variaciones entre áreas sanitarias y evolución desde 1994 hasta 2001. *Gac Sanit.* 2007;21:316-20.
33. Azpiazu JL. Los frecuentadores de los servicios de urgencias. *Med Clín (Barc).* 1997;108:737-8.
34. García Encabo M. Entre los deseos y los pronósticos en Atención Primaria. *El Médico.* 2007;1015:8-15.
35. Gérvas J, Pérez Fernández M. El médico rural del siglo XXI, desde el punto de vista urbano. *Rev Clín Electrónica Aten Primaria.* Noviembre 2007. Disponible en: <http://www.fbjosepla.porte.org/rceap/articulo2.php?idnum=14&art=06&mode=ft>
36. Heneghan C, Alonso-Coello P, García-Alamino JM, Perera E, Glazrou P. Self-monitoring of oral anticoagulation: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2006;367:904-11.
37. Gérvas J. Seminario Innovación 2005. Potenciar la Atención Primaria para mejorar el seguimiento de la insuficiencia cardíaca en los países desarrollados. *Aten Primaria.* 2006; 37:457-9.
38. García Olmos LM. Cambios en la organización y demanda derivada. Seminarios de Innovación en Atención Primaria. Fundación Ciencias de la Salud. 2007. Disponible en: www.fcs.es
39. Cerdán MT, Sanz T, Martín C. Mejora de la comunicación entre niveles asistenciales: derivación directa de pacientes a una consulta de alta resolución de cirugía mayor ambulatoria. *Aten Primaria.* 2005;35:283-9.
40. López-Miras A, Pastor-Sánchez R, Gérvas J. Consultas por tercera persona en medicina general. *Aten Primaria.* 1994; 13:475-9.
41. Gérvas J, Pané O, Sicras A. Seminario Innovación Atención Primaria. Capacidad de respuesta de la Atención Primaria y buena reputación, algo más que buen trabajo clínico. *Med Clín (Barc).* 2007;128:540-4.

42. Prieto B, Gómez MP, Sánchez MC, Díaz S. Situación de la enfermería en Europa. *Salud 2000*. 2007;114:21.
43. Segura A. El projecte AUPA Barceloneta. Barcelona: Generalitat de Catalunya. IES; Monografía 12. 2004.
44. 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.
45. Wang Y, O'Donnell CA, Mackay DF, Watt GCM. Practice size and quality attainment under the GMS contract: a cross-sectional analysis. *Br J Gen Pract*. 2006; 56:830-5.
46. Corbella A, Jiménez J, Martín-Zurro A, Plaza A, Ponsá A, Roma J, et al. Projecte d'avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària. Barcelona: Generalitat de Catalunya. 2007. IES; [en elaboración].
47. Ojeda JJ, Freire JM, Gervas J. La coordinación entre AP y especializada: ¿reforma del sistema o reforma del ejercicio profesional? *Rev Adm Sanit*. 2006;4:357-82.
48. Jones R. Dismantling general practice. *Br J Gen Pract*. 2007; 57:860-1.
49. Oyarzábal JJ, Ruiz Téllez A, Pérez Gortari I, Eguzkiza A, Blanco M, Aierbe A et al. Las carteras de servicios en los contratos programas y su correspondencia con la realidad asistencial. *Aten Primaria*. 2000;26(Supl 1):223.
50. Ripoll MA. ¿Es eficiente la Cartera de Servicios en AP como herramienta de mejora de la calidad? *Med General*. 2000; 27:794-6.
51. Daban F, Pasarín MI, Rodríguez-Sanz M, García-Altés A, Villalbí JR, Cano-Serral G, et al. Evaluación de la reforma de la AP de salud: prácticas preventivas y desigualdades. *Aten Primaria*. 2007;39:339-47.
52. Gervas J. Nuevas profesiones y nuevos papeles para las viejas profesiones en Atención Primaria. Seminarios de Innovación en AP. Fundación Ciencias de la Salud. 2007. Disponible en: www.fcs.es
53. Starfield B, Gervas J. Comprehensiveness versus special interests: family medicine should encourage its clinicians to sub-specialize: negative. En: Kennealy T, Buetow S (editores). *Ideological debates in family medicine*. Nueva York: Nova Publishers; 2007.
54. Gervas J, Starfield B, Violán C, Minué S. GPs with special interests: unanswered questions. *Br J Gen Pract*. 2007;57: 912-7.